

THÈSE 859
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri-Joseph VANNIER

Né le 10 Mars 1905, à Rouen (Seine-Inférieure)

LES FORMES CLINIQUES
DES
CHANCRES LYMPHOGRANULOMATEUX
(Maladie de Nicolas-Favre)

Président de Thèse : M. GOUGEROT

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1935

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri-Joseph VANNIER

Né le 10 Mars 1905, à Rouen (Seine-Inférieure)

LES FORMES CLINIQUES DES CHANCRES LYMPHOGRANULOMATEUX

(Maladie de Nicolas-Favre)

Président de Thèse : M. GOUGEROT

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—
1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	LOEPER
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des ma-	GUILLAIN.
ladies de l'encéphale.....	LEMIERRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiqu s	CUNÉO.
Clinique des maladies du système nerveux	GOSSET.
Clinique des maladies infectieuses.....	GRÉGOIRE.
Clinique chirurgicale.....	LENORMANT.
	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique.....	MARION.
Clinique urologique	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	N.
Clinique gynécologique.....	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	RATHERY.
pédie	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique médicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique oto-rhino-laryncologique.....	SERGENT.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	BEZANÇON.
Clinique propédeutique.....	MATHIEU.
Clinique de la Tuberculose.....	HOVELACQUE.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	MULON.
dulte	OLIVIER.
Professeurs sans chaire.....	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie médicale.....	BERNARD ETIENNE.
Pathologie médicale.....	BOULIN.
Histologie	BULLIARD.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Urologie	FEY.
Parasitologie	GALLIARD.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDART D'ALLAINES
Physiologie	GAYET.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Obstétrique	LACOMME.
Obstétrique	LANTUÉJOL.
Pathologie médicale.....	LAROCHE Guy.
Pathologie expérimentale.....	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Pharmacologie	Mlle J. LEVY.
Neurologie et Psychiatrie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie médicale.....	MOUQUIN.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Pathologie chirurgicale.....	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Physiologie	RICHT.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale.....	SENÈQUE.
Pathologie expérimentale.....	TROISIER.
Pathologie médicale.....	TURPIN.
Obstétrique	VIGNES.
Pathologie chirurgicale.....	WILMOTH.
Hydrologie.....	BEZANÇON Justin.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.....	ALGLAVE.
Pharmacologie	BUSQUET.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	N.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	} Clinique médicale	BASSET.	} Clinique chirurgicale
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUENU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VALLERY- RADOT.			
SEZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale..		
ECALLE			
GUENIOT.			
LE LORIER.			
LEVY-SOLAL.			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.
Stomatologie.....	FREY.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MA MERE

A MON PERE

Le Docteur Edouard VANNIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, CROIX DE GUERRE.

Pour qui j'ai une profonde et
affectueuse admiration, en re-
connaissance de tout ce qu'il
a fait pour moi.

A MON ONCLE

Le Docteur Léon VANNIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Avec mon affectueuse reconnais-
sance pour son précieux ensei-
gnement homœopathique.

A MON ONCLE

Le Docteur Victor LEROY

(tué à Verdun)

Au Docteur Jean HUMEAU

(*in memoriam*)

A MON FRERE

Le Docteur Pierre-Edouard VANNIER

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ

Qui demeure toujours l'ami et le
conseiller affectueux de mes
années d'études médicales.

A MA FAMILLE

Au Docteur Paul LOSAY

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur GOUGEROT
PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET
SYPHILITIQUES
MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

Qui a bien voulu nous faire l'hon-
neur d'accepter la présidence
de notre thèse.

A notre Maître.

Monsieur le Professeur agrégé SEZARY

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS.

Qui nous a suggéré l'idée de ce travail. En témoignage de notre respectueuse reconnaissance pour le précieux enseignement reçu dans son service.

A notre Maître

Monsieur le Professeur Félix DÉVÉ.

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'ÉCOLE DE
MÉDECINE DE ROUEN.

MÉDECIN DE L'HOTEL-DIEU.

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Qui nous a magistralement dispensé son enseignement à Rouen. En hommage de grande admiration et de profond respect.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE ROUEN

Monsieur le Docteur Pierre DEROCQUE.

(*in memoriam*)

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

Monsieur le Docteur André DEROCQUE

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

Monsieur le Professeur Félix DÉVÉ.

MÉDECIN DES HOPITAUX

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

Monsieur le Docteur BRÉCHOT

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

Monsieur le Professeur agrégé AUBERTIN

MÉDECIN DES HOPITAUX

Monsieur le Professeur agrégé LEVY-SOLAL

ACCOUCHEUR DES HOPITAUX

Monsieur le Docteur GUILLEMOT.

MÉDECIN DES HOPITAUX

Monsieur le Docteur Raymond BERNARD

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

Monsieur le Docteur LAMBLING.

MÉDECIN DES HOPITAUX.

Monsieur le Professeur agrégé SEZARY.

MÉDECIN DES HOPITAUX.

INTRODUCTION

Le chancre d'inoculation de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë est une question d'actualité, comme le fut l'adénite de cette maladie à l'époque où elle intéressait surtout les chirurgiens.

Beaucoup d'auteurs ont, depuis ces dernières années, repris la question, tout au point de vue clinique, qu'au point de vue biologique. Il faut dire que les observations de maladie de Nicolas-Favre sont beaucoup plus nombreuses aujourd'hui, comme aussi a été précisée la connaissance de cette affection grâce à l'intradermoreaction de Frei.

Il a donc été possible, en étudiant attentivement tous les cas de lymphogranulomatose, de découvrir souvent le chancre d'inoculation qui revêt un polymorphisme, aussi bien dans son aspect clinique que dans son association avec le chancre syphilitique ou le chancre mou.

Notre but, après avoir fait un historique de la question, est de montrer la fréquence des chancres, et d'exposer comme l'a dit notre Maître Monsieur le Professeur agrégé Sézary, dans son mémoire en collaboration avec M. Drain, « la classification des chancres basée sur l'aspect objectif de chacun d'eux.

Nous citerons ensuite les observations les plus typiques, (1) trouvées dans le Service de notre Maître, à Saint-Louis, qui d'une part ont pour but de clarifier les notions déjà existantes sur ce sujet. et qui d'autre part montreront la fréquence du chancre lymphogranulomateux.

C'est un grand plaisir pour nous, de remercier notre Maître, Monsieur le Professeur agrégé Sézary qui nous a enseigné les éléments de Dermatologie et de Syphiligraphie. Nous lui sommes reconnaissants d'avoir su nous intéresser à la question de la maladie de Nicolas-Favre.

(1) Comme nous n'avons eu en main que 17 observations complètes de chancres herpétiformes, nous nous excusons de ne citer que celles-ci, sur le total de 24 cas faisant partie de la statistique de notre maître Sézary.

HISTORIQUE

La porte d'entrée de la maladie est essentiellement signalé dans le Mémoire de Messieurs Durand-Nicolas et Favre, publié en mars 1913 à la Société Médicale des Hôpitaux.

Il est juste de signaler, qu'auparavant, Nélaton, Marion, Gandy, Tanton et Pigeon poussèrent leurs recherches dans le même esprit.

Il faut arriver en 1913 pour pouvoir, grâce aux importants travaux de Nicolas et Favre, préciser les caractères cliniques essentiels de la maladie et établir la relation presque constante entre l'adénopathie et de petites ulcérations génitales qui passent parfois inaperçues.

La même année, Gasté, dans sa thèse faite à Lyon, décrit une lésion primitive du type érosif. C'est, en général, dit-il, dans le sillon balano-préputial, sur la face dorsale, ou sur la face latérale de la verge que l'on voit, dans les cas typiques, une ulcération nettement arrondie; celle-ci est lenticulaire, le plus souvent très superficielle, et à fond plat, parfois un peu en cupule. Il n'y a généralement pas d'infiltration du derme sous-jacent. L'ulcération est rouge vif, faible-

ment suintante, avec une sérosité claire et une surface plane.

Peu ou pas prurigineuse, non douloureuse, cette ulcération est unique. Toutefois deux ou trois peuvent exister dans la région génitale.

Cet accident local, dit Gaté, ne fait penser qu'à une chose : l'herpès génital. A première vue, on peut, ajoute-t-il, qualifier d'herpétique, l'accident primitif, mais il ne s'agit que d'une ressemblance. Les malades, sont si peu soigneux de leur hygiène corporelle, et génitale, qu'il est bien souvent difficile d'obtenir d'eux quelques renseignements. Seule l'exploration minutieuse de toute la région génitale peut permettre de découvrir l'accident local.

A cette époque, Gaté se demandait si la maladie de Nicolas-Favre, à point de départ génital, ne pouvait pas être d'origine vénérienne. A l'appui de cette hypothèse, il fournissait une observation intéressante mais non signalé par Nicolas et Favre parce que justement incertaine à cette époque.

En 1922, Phylactos, dans sa thèse faite également à Lyon, reprend la description de cette lésion. Lorsqu'on recherche, dit-il, la porte d'entrée de ces affections ganglionnaires, en étudiant soigneusement les territoires cutanés qui dépendent des ganglions inguino-iliaques, on trouve de petites lésions génitales représentant l'accident primitif : le chancre lymphogranulomateux.

L'accident primitif n'a d'ailleurs pas toujours le

même aspect. L'auteur conclue à cinq types de porte d'entrée.

1°) Un type ulcéreux superficiel qu'il appelle aussi chancre herpétiforme, et qu'il compare à une vésicule herpétique.

En effet, la superficialité, l'orbicularité parfaite de la lésion l'apparente, comme aspect et dimensions, à une vésicule d'herpès.

2°) un type à poussées successives, où les petits éléments sont plans, ou bien légèrement papuleux rappelant l'herpès. Ils sont du volume d'une tête d'épingle, et sur certaines, existe une minime érosion cupuliforme. Les éléments sont très superficiels et sans prurit.

3°) Un type papuleux, ou chancre papuleux. La lésion primitive s'accompagne alors d'une infiltration et apparaît sous la forme d'une saillie papuleuse, constituant un relief très net.

Dans tous les cas, l'ulcération reste très superficielle, régulière, à fond rouge, et indolore.

4°) Un type nodulaire qui donne lieu à un nodule fibreux s'indurant, et persistant pendant une durée très variable.

5°) Une uréthrite lymphogranulomatosique, quelquefois limitée autour de l'orifice, ou sur une des lèvres du méat, donnant lieu à un véritable écoulement.

En 1925, dans une communication à la Société de Dermatologie, Bory décrit la lésion du chancre pora-

dénique et en détail les caractères dans le grand Traité de Médecine.

C'est, dit-il, une lésion d'aspect herpétiforme, ou plus exactement folliculaire; elle est parfois rouge, punctiforme ou bien blanchâtre et cupuliforme.

Il en schématise deux types :

1°) Un type folliculaire, herpétiforme ou érosif, semblable à une vésicule d'herpès en voie de guérison, et longtemps persistante.

2°) Un type syphiloïde, infiltré, semblable à une vésicule herpétique, secondairement indurée par suite d'applications de Caustique ou de nitrate d'argent, par exemple.

Pour Bory, ce type de lésion est probablement l'aboutissant du précédent.

Outre le siège habituel de la lésion sur le prépuce, le gland ou à l'intérieur du canal uréthral, il peut chez la femme, se localiser sur la fourchette.

Enfin, Bory décrit une porolymphite, c'est à dire un nodule sur le trajet des lymphocytes intermédiaires au microchancre et aux régions ganglionnaires enflammées, et qui peut être l'accident primitif.

En 1929, Hellerström, de Stockholm, dans sa « Contribution à l'étude de la Lymphogranulomatose inguinale », décrit aussi la porte d'entrée, et conclue à quatre types.

Le type ulcéreux

Le type papuleux.

Le type nodulaire.

L'urétrite.

Il signale aussi l'existence de chancres associés à la Syphilis.

Ces recherches sont basées sur l'étude de 47 cas de maladie de Nicolas-Favre, parmi lesquels, il fut noté des lésions génitales dans 25 cas. Ces lésions sont interprétées comme des altérations primaires.

La période d'incubation, dit Hellerström, est d'environ trois semaines, mais variable d'ailleurs, de 10 jours à un mois.

MM. Chevallier et J. Bernard, en 1930, décrivent une porte d'entrée de la maladie.

C'est une ulcération si minime qu'elle passe souvent inaperçue, mais la recherche minutieuse la montre très fréquente.

Depuis, en 1931 ils reprennent leur description et précisent une incubation de 10 à 25 jours; ils décrivent une lésion d'aspect banal, herpétiforme, parfois d'aspect multiple.

En 1933, T. Arwyl-Davis. A. J. King et G. M. Findlay (The Lancet) publient trois cas de lymphogranulomatose inguinale avec observations de lésions primaires.

Ils adoptent les conclusions d'Hellerström sur les différents types de lésions primitives, et admettent que le type uréthritique, est dû au siège de la lésion à l'intérieur du canal.

L'incubation, d'après ces auteurs, serait de trois jours à trois semaines. Leurs recherches portent encore sur 47 cas de Maladie de Nicolas Favre. Ils trouvent 14 cas avec lésions primaires, dont :

10 chancres ulcéreux.

2 chancres papuleux.

2 chancres uréthritiques.

Aucun ne présentait le type nodulaire.

Ces dernières années les descriptions se multiplient. En plus de deux cas de chancres folliculaires, nous notons un troisième exemple publié par MM. Sézary et Facquet.

En 1933, deux types de chancres sont publiés : l'un concernant la forme chancrelliforme, l'autre concernant la forme syphiloïde, toujours par MM. Sézary et Lenègre. Il faut noter également la description des chancres de la fourchette chez la femme, par MM. Chevallier, Moricart et Ely, et celui de la vulve par MM. Chevallier et J. Bernard, puis l'observation d'un chancre de la petite lèvre sans bubon par MM. Sézary et Joseph. N'entrant pas complètement dans le cadre de notre sujet, une place à part, doit être réservée aux chancres d'association de la maladie de Nicolas-Favre. En effet le chancre mou ou le chancre syphilitique peuvent se trouver associés avec le lymphogranulomatose.

Parmi les cas cités les dernières années, il faut noter :

L'association de chancrelle et de lymphogranulomatose (Gaté, Bessonnet et Michel).

En 1932 les communications se succèdent : Gaté, Cailleret et Perret rapportent le cas d'un bubon inguinal mixte.

Gaté, Michel et Morel, signalent encore le fait peu de temps après. Puis Nicolas Lebeuf et Charpy publient une association de chancrelle et de lymphogranulomatose.

Quant à l'association avec la Syphilis, Bory, la signale, puis MM. Sezay et Lenègre en publient un cas (Juillet 1933).

Pour terminer, disons que l'association possible avec une uréthrite gonococcique est signalée par Bory.

Cette année, dans leur communication à la Société de Dermatologie ainsi que dans un article très récent de la *Presse Médicale* notre Maître Sézary et Drain, ont publié le pourcentage de chancre lymphogranulomateux constatés dans leurs services.

En quatre ans et demi, disent-ils, nous avons pu recueillir 73 observations personnelles de maladie de Nicolas Favre, parmi lesquelles 39 fois fut notée la présence d'un chancre génital. Ils ajoutent : la rareté du chancre lymphogranulomateux n'est pas aussi grande qu'on l'a dit parfois; il serait inexact d'appeler l'affectation « Bubon Poradénique », puisque le bubon, dans plus de la moitié des cas, n'en résume pas la symptomatologie, et même peut faire défaut, comme cela s'est vu dans deux cas.

Comme ces auteurs le proposent, nous adopterons une classification des formes cliniques du chancre suivant l'aspect objectif de chacun d'eux.

Cette manière de voir, nous amène à étudier successivement :

— Le chancre herpétiforme.

- Le chancre chancrelliforme.
 - Le chancre syphiloïde.
 - Le chancre nodulaire.
 - Le chancre en nappe infiltrée.
-

FORMES CLINIQUES

Le chancre herpétiforme, de l'avis de tous les auteurs, est le plus fréquent.

Il est de fait que c'est bien là un aspect courant des chancres lymphogranulomateux observés dans le service de notre Maître. Il s'agit d'une petite érosion ou exulcération, tantôt arrondie, tantôt elliptique. Son diamètre excède rarement trois à quatre millimètres. Cette érosion est superficielle, absolument souple, sans la moindre induration.

Son fond est rouge, laissant suinter une sérosité en règle peu abondante, mais pouvant donner des concrétions mélicériques autour de l'exulcération.

Elle est, en général, entourée d'une zone érythémateuse formant une couronne rose dont la largeur est de deux à trois millimètres, et allant se continuer insensiblement avec les régions avoisinantes.

A la vitrification, cette zone disparaît. L'érosion est parfois très légèrement surelevée mais en règle générale elle demeure superficielle et sans infiltration basale.

C'est tantôt sur la muqueuse du prépuce que siège la lésion, ce qui permet par le déplissement de celle-ci, de la rendre bien visible. Tantôt c'est dans le sillon

balano-préputiale, près de l'insertion de la muqueuse préputiale ou bien derrière le bord postérieur du gland.

Le siège est près de la ligne médiane dorsale quelquefois juste sur celle-ci ; dans d'autres cas nous l'avons vu fréquemment tout près de l'insertion préputiale du frein, ou même exactement sur le frein de la verge. Ajoutons que jamais nous n'avons noté de rupture du frein causée par le chancre.

L'érosion est toujours primitive, pourtant dans une observation le chancre est apparu après l'adénopathie ; il n'y a qu'un cas où l'on ait d'abord constaté une lésion papuleuse, érythémateuse de cinq millimètres de diamètre, correspondant à celui de la lésion future. La lésion type se réalisa par l'apparition d'un petit pertuis laissant sourdre de la sérosité du centre de cette zone érythémateuse.

Dans la majorité des cas, le chancre est unique. Dans trois cas seulement nous avons retrouvé la présence de deux ou même trois lésions identiques comme caractère et âge.

Par ailleurs, il a été décrit un cas où deux lésions semblables très voisines l'une de l'autre apparurent à vingt quatre ou trente six heures d'intervalle.

Ceci nous amène à dire que nous avons observé le type à poussées successives, décrit par Phylactos.

Notons enfin, comme dernier gros caractère : l'indolence du chancre. C'est une règle générale, sauf un cas où le chancre était légèrement douloureux, aussi bien spontanément qu'à la palpation.

Se demandant, si de semblables lésions ne seraient pas réellement de l'herpès vrai, MM. Sézary, Lenègre et Bolgert, ont par deux fois inoculé l'exsudat d'un chancre herpétiforme à la cornée du lapin. En cas d'herpès, ils auraient obtenu une kératite; or dans ces deux cas, le résultat a été négatif.

L'aspect du chancre herpétiforme est donc caractéristique, et l'adénopathie ainsi que la réaction de Frei permettent d'affirmer le diagnostic de maladie de Nicolas Favre.

Nous citerons plus loin parmi les observations un type de chancre herpétiforme, chez l'homme particulièrement intéressant en raison de la cicatrisation très lente de l'ulcération.

Le type chancrelliforme mérite bien ce nom tellement il peut simuler le chancre mou. Certes le microchancre n'est pas calqué sur le chancre mou banal, suppurant, douloureux, souvent multiple. L'incubation est d'ailleurs bien différente. Cependant, cette forme est très importante à connaître car elle peut amener à commettre des erreurs de diagnostic, d'autant plus que cette variété de chancre lymphogranulomateux se voit rarement du moins à l'état isolé. Elle se caractérise par une ulcération profonde, irrégulière à fond blanc grisâtre, reposant sur une base non indurée mais légèrement infiltrée.

Dans la statistique, notre Maître Sézary et Drain, fournissent seulement deux cas de lésions chancrelliformes.

Nous nous bornerons à citer ces deux observations

qui permirent, grâce aux examens de laboratoire et aux épreuves biologiques d'affirmer le diagnostic de maladie de Nicolas-Favre.

Pour notre part, nous n'avons vu dans le service, que le cas signalé par notre Maître Sézary et Bolgert. Ce malade présentait une lésion irrégulière creusante et surtout puteiforme du sillon avec œdème de la verge, accompagné d'une adénopathie inguinale bilatérale, ayant d'abord fait penser à un chancre mou. Mais la négativité de l'intadermoréaction au Dmelcos et la positivité à l'antigène de Frei, d'autre part, rectifièrent l'erreur de diagnostic.

La première observation, publiée deux ans auparavant, montre également la valeur que prennent les examens biologiques, bactériologiques et histologiques dans les cas difficiles.

Il faut insister sur le fait que le type chancrelliforme se résout très lentement et laisse longtemps une cicatrice, tel celui décrit par MM. Sézary et Bolgert.

Le chancre syphiloïde se caractérise par une ulcération reposant sur une base indurée qui ne dépasse pas les limites de l'exulcération.

Les observations publiées résument bien les caractères du chancre et montrent une fois de plus combien le laboratoire est un aide précieux.

Lorsqu'on se trouve, en effet, en présence d'un homme jeune, porteur d'un chancre poradénique, du type syphiloïde, avec une adénite peu apparente et dure dans la région inguinale, on pense en premier lieu à la syphilis primaire.

C'est au début de la poradénite que l'erreur peut se produire alors que le bubon n'a pas encore pris ses caractères particuliers.

Aussi ce serait une erreur de commencer un traitement antisyphilitique sans avoir une confirmation du diagnostic par l'examen ultra-microscopique ou par la séro-réaction. Il faut patienter, car c'est souvent pendant la période des examens de laboratoire répétés que le bubon se développe et que la réaction de Frei se montre positive.

Nous avons, personnellement, suivi un malade dont l'observation est intéressante.

Il s'agit d'un homme qui, justement avait été examiné dans un Service voisin six semaines auparavant, et chez lequel on avait tout d'abord pensé à un chancre syphilitique avec adénite dans l'aîne droite. A deux repises, la recherche du tréponème à l'ultramicroscope fut négative. Une prise de sang pour une réaction de B. W. fut également négative. (Disons tout de suite que cet homme était porteur d'une cicatrice de chancre syphilitique au-dessus de la racine de la verge. Chancre datant de dix ans; traité très régulièrement, ce malade nous affirme que ses B. W. furent toujours négatifs par la suite).

Or, six semaines après ce microchancre accompagné d'une adénopathie discrète, mais douloureuse, le même malade entre dans le service de notre Maître Sézary.

Nous constatons que ce malade présente une masse ganglionnaire typique de maladie de Nicolas-Favre.

Nous recherchons la porte d'entrée et nous trouvons dans le sillon balano-préputial une petite ulcération de la grosseur d'une tête d'épingle. En la palpant, nous sentons une base indurée mobile, ne débordant pas les limites de la lésion, cet examen entraîne une légère douleur. Le malade nous affirme que c'était bien là le siège de l'ulcération où par deux fois fut effectué un prélèvement. Il ajoute « l'ulcération était de dimensions plus importantes ».

Comme il est de règle, dans le service de notre Maître Sézary, les recherches biologiques furent effectuées.

Une intradermo-réaction avec un antigène de Frei éprouvé fut fortement positive au bras gauche, et persista plusieurs jours.

L'observation montrera plus loin, et en détail, comment le diagnostic difficile au début, put être affirmé dans la suite : lorsque le bubon lymphogranulomateux posséda tous ses caractères. Disons que le malade en question, a guéri complètement et rapidement par un traitement stibié à doses croissantes.

Le type nodulaire revêt, comme il a été dit dans le Memoire de notre Maître, plusieurs aspects : folliculaire, nodulaire pur, nodulaire ulcéré.

Plutôt que de décrire, comme l'a fait Bory, un véritable chancre folliculaire, nous dirons qu'il ne l'est seulement qu'en apparence.

On peut rencontrer l'aspect d'une petite papule à relief très net, ou exceptionnellement un nodule de

dimensions minimales, fibroïde, qui grossissant, va s'endurer et se fistuliser.

Le nodule dans la plupart des cas est arrondi, gros comme un pois, souvent moins. Il a des limites nettes, une consistance dure et une indolence presque totale. Il est recouvert par une peau normale ou à peine rosée et se résorbe lentement; nous avons vu ce type nodulaire faisant penser à une folliculite, et nous retrouvons cette forme dans l'observation de notre Maître Sézary et Faquet que nous relatons plus loin.

Le chancre nodulaire peut être plus volumineux, et non ulcéré, réalisant alors le type nodulaire pur. Mais le plus souvent, l'on a affaire à des formes ulcérées.

Dans le cas que nous citons, et qui appartenait au type chancrelliforme, la présence d'une ulcération creusée en son centre, et très infiltrée réalisait justement la forme nodulaire ulcérée, le malade étant donc porteur d'une lésion à la fois chancrelliforme et nodulaire. La cicatrice très marquée, persistait encore quatre mois après : c'est dire combien diffère une telle lésion, quand on la compare à l'histoire clinique du chancre herpétiforme. Nous relaterons plus loin, deux observations de chancre nodulaire ulcéré.

L'une de ces observations semble réunir encore ici deux formes de chancre : la forme nodulaire ulcérée, et la forme étalée ou en nappe infiltrée, dont nous voulons parler.

En effet : une des lésions siégeant en arrière du gland, à l'union de la muqueuse, et de la portion cuta-

née du prépuce, offre l'aspect d'une ulcération de la grandeur d'une lentille, ulcération ovulaire, large de 2 millimètres, un peu creusante, circulaire, et de contours réguliers. Le fond est croûteux, brunâtre. En palpant cette lésion, on sent une forte induration, très bien limitée, et d'une indolence complète.

Un centimètre et demi en arrière, l'autre lésion, a un diamètre environ égal à une pièce de cinquante centimes. Ce fait est remarquable. La consistance est dure, mais la lésion est libre sur les plans profonds. Ces deux éléments sont flanqués d'un bubon typique. Du reste une réaction de Frei fut fortement positive.

Un fait particulier et à souligner chez ce malade : c'est l'ouverture du nodule le plus postérieur, sur la verge, qui laissant échapper du pus, s'affaîssera.

C'est encore une observation où l'on trouve réunie à la fois un chancre nodulaire ulcéré et la suppuration d'un élément dont la description est bien près du type étalé que nous exposons il y a quelques instants.

Faisant suite à celle-ci, une autre observation mérite d'être retenue pour diverses raisons.

Le cas publié par Lévy-Franckel et Temerson, concerne un chancre nodulaire caractéristique siégeant sur le fourreau de la verge à trois centimètres du sillon balano-préputrel, et qui, fait déjà signalé par Phylactos, suppura vingt jours après l'apparition de l'adénopathie inguinale.

Un Bordet Wassermann, fut négatif. La réaction de Frei négative au début, peut-être du fait d'un antigène incertain, devint positive treize jours après.

Nous estimons que cette observation est importante car la femme du même malade fut examinée et soignée, à la même époque pour une maladie de Nicolas-Favre typique. C'est là un cas de lymphogranulomatosose inguinale, conjugale, sur lequel nous reviendrons.

Tel est le polymorphisme des chancres lymphogranulomateux, et l'importance que prennent pour en faire un diagnostic précis, les méthodes biologiques.

Nous n'avons pas encore parlé, à dessein, de la période d'incubation, de la durée de chaque lésion initiale car il nous semblait préférable de montrer en un chapitre à part, les divergences d'opinions.

En effet, la durée d'incubation est discutée par les auteurs. Il s'agit souvent de malades chez lesquels la date du contact infectant est impossible à découvrir, soit qu'ils n'aient nullement remarqué le microchancre, soit que leurs indications soient fausses.

Hellerström donne à l'incubation une durée de trois jours à trois semaines ; M. Chevallier dit qu'elle varie de dix à vingt-cinq jours. Si ces éléments paraissent exacts, nous connaissons cependant des cas intéressants où l'incubation était discordante : chez un malade elle était de quatre jours, et chez un autre, elle était de trois mois.

Personnellement, nous avons vu deux observations d'incubation très longue, affirmée par des malades qui paraissaient sincères. Mais l'absence de chancre

visible ne nous permet pas de tenir compte de ces deux cas. C'est pourquoi nous ne les publierons pas.

L'adénopathie peut d'ailleurs survenir après le chancre : dans ces cas les ganglions satellites sont rapidement envahis. La durée du chancre lymphogranulomateux est aussi un point à préciser.

Dans beaucoup de cas, elle est éphémère. Le microchancre est tellement fugace qu'il ne faut pas s'attendre à en trouver la moindre trace en examinant un malade porteur d'une adénopathie même discrète. C'est là que la réaction de Frei prend toute son importance.

Si la durée moyenne de l'incubation est de cinq à six jours, nous voyons que dans quatre observations, elle persiste de quinze à vingt jours. Elle peut même, comme l'a dit Bory, durer à l'état d'ulcération atone, pendant des semaines et plus. Tel est le cas d'un chancre herpétiforme apparu le 1^{er} février 1935, et présentant encore, comme nous l'avons vu nous-même, un léger suintement le 14 mai 1935, alors que l'adénopathie était pour ainsi dire disparue.

Cependant la brièveté de la lésion est la règle, ceci explique le pourcentage de maladie de Nicolas-Favre sans chancre. Lorsque le chancre poradénique s'est cicatrisé, il persiste pendant un temps variable une petite tache érythémateuse. Celle-ci est cependant inconstante.

Dans la forme à la fois chancrelliforme et nodulaire, nous avons vu persister une cicatrice quatre mois après, comme il a été dit dans l'observation

publiée par MM. Sézary et Bolgert. Nicolau et Banciu ont même vu des chancres durer de 30 à 37 jours, et même huit mois, constituant un véritable ulcère lymphogranulomateux.

La plupart du temps, la lésion précède de cinq à six jours l'apparition de l'adénopathie inguinale.

Mais là encore, les chiffres sont variables, d'autant plus que les malades tardent toujours à venir consulter pour l'adénite qui les gêne ou les fait souffrir. Il a été observé un cas d'apparition secondaire « retardée » de la porte d'entrée, fait déjà signalée par Bory, Gaté et Phylactos.

En résumé, la durée du chancre, comme l'a dit notre Maître Sézary, semble en rapport avec le degré d'infiltration de la lésion. C'est pourquoi les types herpétiformes guérissent en quelques jours, et les formes infiltrées peuvent durer des semaines et même des mois.

Cette donnée n'est pas rigoureuse, puisque tel chancre herpétiforme que nous signalions, présentait encore, trois mois et demi après le début initial, une surface légèrement suintante. Néanmoins, ce cas nous paraît une exception.

Sans reprendre la description détaillée d'infection mixte, c'est-à-dire l'association de chancre lymphogranulomateux avec une syphilis primaire, ou d'un chancre mou, nous croyons intéressant de signaler leur relative fréquence, et particulièrement celle de l'infection syphilolymphogranulomateuse.

En effet sur les 39 cas de lymphogranulomatose,

MM. Sezary et Drain rapportent 6 cas d'association parmi lesquels 5 fois un chancre syphilitique, et une fois un chancre mou.

Pour notre part nous avons trouvé davantage de cas associés à la syphilis. Mais pour être rigoureusement dans la vérité il ne faut retenir que les cas où les recherches du tréponème ou des bacilles de Ducrey ont été positives, car un malade peut avoir contracté auparavant la syphilis et présenté une réaction sérologique positive; ou encore tel autre malade est susceptible d'avoir présenté une infection chancrelleuse quelques mois avant.

Nous n'avons pas eu en main l'observation du malade chez qui le chancre lymphogranulomateux était associé avec un chancre mou ; mais nous savons que la présence du bacille de Ducrey fut certaine.

Le chancre lymphogranulomateux se voit en règle chez l'homme. Toutefois, la femme n'est pas indemne de l'inoculation. MM. P. Chevallier, Moricard et Ely, ont en effet décrit une ulcération vulvaire, ovalaire, de la taille d'une grande lentille, profonde, à fond régulier rouge. Les bords sont à pic. L'ulcération est simple, propre, sans aucune induration, et d'une indolence parfaite. Dans l'aîne gauche : une grosse adénopathie typique. Toutes les réactions en imposaient pour une maladie de Nicolas-Favre. D'ailleurs, le mari de cette malade, était lui-même soigné pour la même infection, ce qui ne laissait aucun doute.

Une autre observation de chancre lymphogranulomateux chez la femme, publiée par MM. Sézary et

Joseph, prend ici toute sa valeur du fait de l'absence de bubon. Nous avons connu ce cas exceptionnel qui permet de dire que la maladie de Nicolas-Favre ne comporte pas forcément un bubon.

En règle générale, il ne faut pas s'attendre à trouver la voie d'inoculation.

Ainsi, Schulmann a signalé le cas d'un jeune homme atteint de lymphogranulomatose inguinale indiscutable qui amène son amie bien qu'elle n'accuse aucun symptôme apparent. On trouve seulement une légère et banale métrite accompagnée de quelques petits ganglions inguinaux. Pourtant deux intradermoréactions avec des antigènes différents, donnèrent un Frei positif. A ce propos Lévy-Franckel et Termerson, dans leurs observations disent qu'ils n'ont trouvé, chez leur malade, aucune porte d'entrée à la vulve, mais seulement un col utérin gros, nettement métritique, rouge, avec de petites granulations autour de l'orifice.

On comprend donc que la femme puissent transmettre l'affection grâce à des microchancres pour ainsi dire inexistantes et sans adénopathie consécutive.

Les rares cas d'infection extragénitale avec présence de chancre ont été publiés. Curth a observé un chancre de la pointe de la langue et des bords, accompagné d'une tuméfaction inflammatoire des ganglions régionaux. Une réaction de Frei fut positive, et le pus obtenu par ponctions des ganglions cervicaux donna une réaction positive, chez d'autres malades atteints de lymphogranulomatose inguinale.

Nous nous sommes efforcés de montrer clairement les caractères typiques des chancres lymphogranulomateux. On peut, sans aucun doute, affirmer que les données biologiques ont grandement facilité la tâche de cette classification.

Le type herpétiforme vient donc en tête comme fréquence, et si nous avons particulièrement insisté sur les autres types : chancrelliforme, syphiloïde et nodulaire, c'est pour essayer de fixer des données encore insuffisamment connues et mal classées.

Nous nous sommes inspirés des idées de notre Maître M. le professeur agrégé Sézary, qui méthodiquement, a donné une appellation justifiée à des faits certains.

OBSERVATIONS DE CHANCRES HERPETIFORMES

OBSERVATION N° 1 (inédite)

(recueillie dans le Service de M. Sézary)

P... Charles 25 ans, employé de bureau, entre le 7 avril 1935 à l'hôpital Saint-Louis, Salle Quinquaud pour une tuméfaction de l'aine droite ayant débuté le 1^{er} mars, sous l'aspect d'une petite grosseur qui a entraîné progressivement une douleur continue, surtout pendant la marche.

Un mois auparavant, vers le 1^{er} février, le malade a constaté une légère ulcération siégeant sur la base du frein et sur le fourreau de la verge. La surface était suintante, légèrement saignante, très souple quand on la palpait entre deux doigts.

Le malade reconnaît avoir eu plusieurs rapports dans la semaine précédant l'ulcération.

Examen : le 8 avril 1935.

On est d'abord frappé par l'adénopathie typique d'une lymphogranulomatose subaiguë.

D'autre part, au niveau de la verge, *à la base du frein* on voit une *petite ulcération de la grosseur de deux têtes d'épingle*; la surface en est lusc, rosée, non infiltrée, et très peu suintante.

La réaction de Frei pratiquée au bras gauche est fortement positive. L'intradermo-réaction au vaccin antichancrclleux est négative.

Une prise de sang donne : H^s M^s

Un traitement par l'anthiomaline est mis en œuvre, et l'adénopathie, après deux ponctions, régresse puis disparaît totalement.

Le 14 mai 1935, le malade est sur le point de sortir de l'hôpital. Or, à cette date on voit encore, ce qui est exceptionnel pour un chancre herpétiforme, une minime érosion, en coup d'ongle, indolente, à peine suintante, sans la moindre infiltration, et non douloureuse à la palpation.

OSERVATION N° 2 (inédite)

(recueillie dans le Service de M. Sézary)

S... 27 ans, porteur de journaux, entre le 18 septembre 1935, à l'hôpital Saint-Louis, Salle Rayer, pour une maladie de Nicolas Favre.

Le 9 août 1935, il a constaté l'existence d'un ganglion indolent dans la région inguinale droite. On retrouve en l'interrogeant : un rapport suspect un mois auparavant environ. Les jours suivants, le ganglion augmente de volume, devient douloureux surtout à la fin de la journée. Le 20 août 1935 : Le malade va consulter à l'hôpital de la Pitié, de là on l'envoie à Saint-Louis. Une intradermo-réaction de Frei pratiqué à l'avant bras gauche semble avoir été négative.

Une prise de sang donne : H^s M^s

Quatre jours après : une deuxième intradermo-réaction effectuée à l'avant-bras droit est légèrement positive.

Un traitement ambulatoire est institué au Dispensaire (injections d'anthiomaline).

Cependant l'adénopathie continue à augmenter de volume, si bien que la peau devient fine et rosée.

Le 14 septembre 1935 : le malade accuse du prurit de la verge et constate sur le fourreau (à la partie moyenne) *deux groupes de 3 vésicules petites*, remplies de liquide trouble. Ces vésicules se rompent en laissant apparaître une érosion. Les trois érosions confluent en une seule ulcération qui se cicatrise en huit jours. Elle laisse encore aujourd'hui une petite cicatrise violacée.

Examen : le 18 septembre 1935.

Le malade est porteur d'un bubon inguinal droit : les téguments sont violacés, chauds, tendus. En palpant l'adénopathie au-dessus du pli crural on sent une masse ayant le volume d'une orange, dont la surface irrégulière est formée de ganglions agglomérés : ceux-ci sont fermes et légèrement douloureux.

Au-dessus et à la partie interne du pli crural, on suit une deuxième masse ayant le volume d'un œuf de pigeon, et constituée par des ganglions agglomérés, apparus depuis peu de jours. Ils sont également peu mobiles et peu douloureux.

A droite : quelques petites adénopathies inguinales, dures et mobiles.

Sur la verge : *trois petites vésicules remplies d'un liquide trouble*. Ces vésicules sont moins prurigineuses que les premières.

Le 27 septembre 1935 : La tuméfaction inguinale augmente, son centre est fluctuant. Les vésicules sur la verge, sèchent sans se rompre et se recouvrent d'une croûte. L'examen général est négatif.

Le 28 septembre 1935 : Ponction du bubon, on retire environ 10 centimètres cubes de pus assez fluide et crémeux.

Le 4 octobre 1935 : Apparition d'une petite papule sur le gland, presque au bord de la lèvre droite du méat. Il n'y a pas d'infiltration basale de cette papule.

Le 9 octobre 1935 : Une intradermo-réaction de Frei

pratiquée à l'avant-bras gauche, est très positive : Une intradermo-réaction au Dmelcos effectuée à l'avant-bras droit est négative.

Le 22 octobre : une nouvelle intradermo-réaction de Frei à l'avant bras droit est positive et dure plusieurs jours.

Le malade est actuellement en voie de guérison. Il a eu des injections d'anthiomaline à doses croissantes.

OBSERVATION N° 3 (inédite)

(recueillie dans le Service de M. Sézary)

C... André 27 ans, employé au métro, entre le 17 juin, à l'hôpital Saint-Louis, Salle Quinquaud pour une adénopathie de la région inguinale droite dont le début remonte à la fin du mois de mai 1932. Le malade a présenté une *petite ulcération du sillon balano-préputial* de la taille d'une tête d'épingle. C'est 12 jours après le début de cette ulcération que l'adénopathie inguinale est apparue.

Examen : masse ganglionnaire de la région inguinale droite, située le long de l'arcade, peu douloureuse.

Dans la profondeur, il ne semble pas que les ganglions de la chaîne iliaque soient envahis.

A gauche : pas d'adénopathie.

Un B.W. est négatif. Il n'y a ni chancre, ni blennorragie dans les antécédents.

L'intradermo-réaction au Dmelcos est négative.

L'intradermo-réaction de Frei n'est pas franchement positive.

Le malade suit un traitement stibié et sort guéri le 26 juillet 1932.

OBSERVATION N° 4 (inédit)

(recueillie dans le Service de M. Sézary)

G... 23 ans, ajusteur, entre le 4 novembre 1932 salle Quinquaud, pour un bubon de l'aîne gauche, datant d'une huitaine de jours. Il signale qu'il a existé une « *égratignure* » de la verge dans le sillon balano-préputial dont on peut voir encore la cicatrice. Cette ulcération s'est cicatrisée spontanément. Puis deux semaine après, le malade a commencé à ressentir une certaine gêne pour marcher, celle-ci est devenue rapidement douloureuse.

Le malade appréciait lui-même, avec le doigt la présence d'une grosseur de la valeur d'une noisette.

Une tuméfaction apparut enfin, progressivement.

Examen : On voit un bubon dans la partie interne de l'aîne gauche, occupant à peu près le 1/3 interne du pli inguinal, et ayant le volume d'une grosse noix. Ce bubon est dur, adhérent aux plans profonds, sensible à la palpation.

La peau est rouge.

En outre, en palpant la cicatrice de l'érosion de la verge, on ne trouve aucune induration des tissus sous-jacents.

Plusieurs petits ganglions durs, roulant sous le doigt, sont dissimulés dans l'aîne droite.

Pas de ganglions appréciables dans la fosse iliaque.

L'examen général du malade est négatif.

Antécédents : Chancre syphilitique du fourreau à la fin du mois d'août; le malade consulte aussitôt à St-Louis Un B.W. est positif, et on institue un traitement mixte. Arsenobismuthique.

OBSERVATIONS N° 5 (inédite)

(recueillie dans le Service de M. Sézary)

C... Emile, 35 ans, entre le 26 avril 1932, à l'Hôpital Saint-Louis, salle Rayer, pour un bubon fistulé de l'aîne droite apparu le 9 avril. Il n'y a pas eu de chancre auparavant.

Examens : Tumeur de la taille d'une mandarine, avec une base indurée, le centre de ce bubon est fluctuant, et on voit une fistule dans la partie interne.

L'examen général est négatif.

Antécédents : Chancre syphilitique en 1928, traitement par l'acétylarsan et le bismuth. Le malade est suivi régulièrement pendant quatre ans. Un B.W. positif en 1928, est négatif depuis 1929. L'intradermo-réaction de Frei est positive.

L'intradermo-réaction au Dmelcos donne une légère rougeur.

Le 27 avril : ponction du bubon suivie d'injection d'eau peptonée.

Le 30 avril : le bubon est affaissé et la fistule se tarit.

Le 26 mai : le malade a reçu 0 gr. 02 de Stybial. Quelques vomissements. Le bubon n'est pas modifié : on note une induration ovale de 6 cm sur 4 cm environ.

Le 14 mai : 0 gr. 02 de stybial : vomissement, pas de toux.

Le 27 mai : 0,03 de Stybial bien supporté.

Le 29 mai : *érosion sur le gland*, elle est de la taille d'une tête d'épingle, blanchâtre non indurci.

Gros ganglion inguinal de la taille d'une noisette, et douloureux.

Le 4 juin : Disparition de l'érosion. Mais persistance du ganglion encore douloureux.

Le 10 juin : Le malade a reçu 4 centigrammes, suivi d'arthralgies.

Le 17 juin : Persistance des ganglions en profondeur dans la fosse iliaque droite, et augmentation de volume du ganglion inguinal gauche.

Le 25 juin : arrêt momentané du stybial.

Le 5 juillet : le ganglion de l'aîne gauche a été ponctionné.

Le 8 juillet : Le bubon gauche est cicatrisé. A droite : encore quelques ganglions en profondeur.

Le malade sort le 11 juillet; il est très amélioré. L'érosion du gland n'est plus visible.

OBSERVATION N° 6 (inédite)

(recueillie dans le Service de M. Sézary)

L... Jacques, 20 ans 1/2, imprimeur, entré le 26 avril 1933, à l'hôpital Saint-Louis, salle Quinquaud, pour des démangeaisons siégeant sur la peau des bourses, et dans le pli interfessier, ainsi que pour une poradénite inguinale.

Le début de la poradénite remonte au 13 mars 1933. Elle est apparue progressivement, et sans douleur.

Le malade consulte à l'Hôtel-Dieu, où il est admis. On y pratique une intradermoréaction dont on voit encore la trace et une ponction de l'adénite pour en faire un examen.

Le 25 avril 1933, le malade est envoyé dans le service pour le prurit du scrotum.

Examen : Une tuméfaction siége dans 1/3 interne de l'aîne droite, et forme une masse immobile, difficile à délimiter. Elle a le volume d'un œuf, sa consistance est ferme et sa surface est recouverte d'une peau rouge

foncé avec deux orifices par où l'on voit sortir un liquide blanchâtre et épais.

Dans la fosse iliaque droite : une grosse masse, peu mobile, bien délimitée vers le haut, et un peu douloureuse.

On note au voisinage de l'aîne droite, principalement sur la peau des bourses, un érythème suintant et couvert de petits vésicules.

Ces lésions s'accompagnent d'un prurit assez violent.

Le gland présente à sa surface *quelques points rouges et prurigineux* qui disparaissent en moins d'une semaine.

L'examen général est négatif.

L'intradermo-réaction de Frei est positive.

L'intradermo-réaction au Dmelcos est négative.

Antécédents : Pas de stigmatisme de syphilis. Une blennorrhagie à 17 ans. On fait au malade des injections de Stybial et il sort guéri.

OBSERVATION N° 7 (inédite)

(recueillie dans le Service de M. Sézary)

R... Pierre, 21 ans, monteur, entre le 22 février 1933, à l'hôpital Saint-Louis, salle Rayer, pour une adénopathie inguinale bilatérale. Il est porteur d'une *petite érosion à la face dorsale du prépuce*, apparue depuis quinze jours. Cette érosion lenticulaire, indolore spontanément mais douloureuse à la pression, disparut en quelques jours, ne laissant actuellement qu'une cicatrice rosée très souple.

Deux adénopathies indolentes à peine sensibles à la palpation font leur apparition, puis augmentent de volume.

Examen : A droite, on sent au palper, dans la région inguinale un volumineux ganglion, mobile, de la taille

d'une noisette, indolent et adhérent ni aux plans profonds, ni à la peau.

Par contre à gauche : la tuméfaction est plus interne et moins mobile. Elle est même fixée à la profondeur et la peau reste souple et de coloration normale.

La tuméfaction se continue vers la racine des bourses.

Pas de ganglions iliaques appréciables.

Antécédents : Ni syphilis, ni blennorragie.

Un Ultra est négatif. Un B.W. donne H^s M^s.

Une intradermo-réaction de Frei est positive et une intradermo-réaction est négative.

OBSERVATION N° 8 (inédite)

(recueillie dans le Service de M. Sézary)

C... Raphaël, 30 ans, cimentier, entré à l'hôpital Saint-Louis, salle Quinquaud, le 7 septembre, pour une grosseur de l'aîne droite apparue le 14 août 1932.

Cette adénopathie a été précédée d'une *exulcération siégeant sur le prépuce*; actuellement cette exulcération est disparue depuis le 28 août.

Examen : Une grosse masse, dure, adhérente aux plans profonds couvre toute la partie interne de l'arcade crurale; cette adénopathie est douloureuse à la palpation. L'examen général ne montre rien de particulier.

Un B.W. donne H^s M^s.

Une intradermo-réaction de Frei est positive.

Une intradermo-réaction de Dmelcos est aussi positive.

Antécédents : Une chancrelle et un bubon en 1920.

Traitement par injection de septicémine.

OBSERVATION N° 9 (inédite)

(recueillie dans le Service de M. Sézary)

D... Jean, 46 ans, garçon de café, entré à l'hôpital Saint-Louis, salle Rayet, le 16 juin 1933, pour une adénopathie inguinale gauche qui dure depuis quatre semaines.

Celle-ci a débuté par un petit ganglion qui augmente progressivement de volume.

Une huitaine de jours, auparavant, le malade avait remarqué sur la verge une *érosion de la grosseur d'une tête d'épingle*. Cette érosion a été brûlée avec du nitrate d'argent.

Ce qui prime tout, actuellement, c'est l'adénopathie douloureuse.

Une intradermo-réaction de Frei est positive.

Une intradermo-réaction de Dmelcos est négative.

Antécédents : Une prise de sang pour B.W. aurait été positive il y a trois ans, et le malade aurait reçu quatre injections de novar.

Le B.W. fait dans le service est négatif.

Une blennorragie il y a deux ans.

Traitement : Le 7 juillet, après neuf injections de Stybial à doses croissantes, l'état du malade est stationnaire.

OBSERVATION N° 10 (inédite)

(recueillie dans le Service de M. Sézary)

B... André, 35 ans, entré le 13 juin 1934, à l'hôpital Saint-Louis, salle Quinquaud, pour une adénopathie inguinale gauche, qui débuta il y a deux mois et demi par un ganglion de petit volume, indolent, mais qui en un

mois grossit considérablement et prit un caractère inflammatoire.

Le malade était en traitement à l'Hôtel-Dieu pour une pleurésie sérofibrineuse droite, et au bout d'un mois de séjour, l'on constata l'existence de ce ganglion.

Un examen complet aurait à ce moment permis de retrouver sur la verge, dans le sillon balano-préputial une *cicatrice d'ulcération de très petite taille*. On pratiqua une réaction de Frei qui fut positive et l'on passa le malade en chirurgie pour l'incision du ganglion le 12 mai (D^r Sénèque).

Le 18 mai, alors que la suppuration persistait, le malade sortit de l'Hôtel-Dieu, tout en venant à la consultation externe pour les pansements.

Il est cependant envoyé à l'hôpital Saint-Louis.

Examen : Cicatrice de un centimètre le long de l'arcade crurale, à la partie moyenne.

Un gros ganglion dur, non douloureux, est situé à l'union du pli inguinal et du pli génito crural.

On note une adhérence aux plans profonds et à la peau.

Grosse adénopathie rétrocrurale gauche.

Actuellement on ne constate aucune cicatrice d'ulcération ni aucune induration de la verge.

L'examen général est négatif.

Une prise de sang pour B.W. est négative.

Le 15 juin, une intradermo-réaction de Frei est positive, et une intradermo-réaction au Dmelcos est négative.

OBSERVATION N° 11 (inédite)

(recueillie dans le Service de M. Sézary)

B... Léon, 22 ans, garçon de café, entré le 16 juin 1932, à l'hôpital Saint-Louis, salle Rayet pour un bubon inguinal gauche qui date de quatre semaines.

Le chancre est apparu un mois après le dernier coït, et dura huit jours.

Examen : Chancre cicatrisé, non induré, siégeant sur le prépuce.

Grosse adénopathie inguinale gauche, rouge, tendue, tuméfiée, du volume d'une mandarine. Elle est adhérente aux plans profonds.

Dans l'aîne droite : petits ganglions sans périadénite.

Pas de ganglions épitrochléens, ni cervicaux.

L'examen général ne montre rien de particulier.

Antécédents : Blennorragie en 1929.

Les examens de laboratoire donnent les résultats suivants : B.W. négatif.

Une intradermo-réaction de Frei est positive.

Une intradermo-réaction au Dmelcos est négative.

Le malade guérit par le traitement stibié.

OBSERVATION N° 12 (inédite)

(recueillie dans le Service de M. Sézary)

D... Marcel, 21 ans, manœuvre, entré le 1^{er} décembre 1932, à l'hôpital Saint-Louis, salle Rayet, pour un bubon de l'aîne gauche.

Un ganglion inguinal s'est installé insidieusement, à la suite d'un chancre qui date de huit mois environ. L'accident initial a consisté en une *légère ulcération* siégeant dans le sillon balano-préputial. Actuellement on retrouve difficilement le cicatrice, mais aux dires du malade cette ulcération ne présentait aucun caractère d'induration, n'était pas douloureux, et ne suppura pas.

Progressivement le bubon s'installe. Ayant consulté ailleurs, le malade explique que trois B.W. furent effectués, on en ignore le résultat.

Examen : Bubon typique : la peau est soulevée par une masse occupant la partie interne du pli inguinal. L'adénopathie adhère aux plans profonds. On trouve des ganglions iliaques.

L'examen général est négatif.

Une intradermo-réaction de Frei est positive.

Une intradermo-réaction au Dmelcos est négative.

Le malade sort amélioré par le traitement Stibié.

OBSERVATION N° 13 (inédite)

(recueillie dans le Service de M. Sézary)

D... Raymond, 29 ans, entre le 9 mars 1932 à l'hôpital Saint-Louis, salle Quinquaud, pour une tuméfaction inguinale gauche.

Il y a trois semaines le malade a noté une *petite ulcération large de 2 millimètres environ, siégeant dans le sillon balano-préputial*, ne suppurant pas, et indolente.

En même temps, ou bien quelques jours après, l'adénopathie gauche apparaît. Le malade consulte dans un service voisin. Un B.W. y est effectué, il est négatif.

Le malade continue à travailler. Entre temps, l'ulcération génitale disparaît tout à fait, mais la tuméfaction inguinale devenant douloureuse de par son volume, le malade consulte dans le service.

Examen : Une grosse adénopathie inguinale typique occupe la moitié interne de l'arcade crurale.

Sur le gland, on voit une cicatrice violacée à l'emplacement de l'ulcération ancienne.

Le 29 mars : une intradermo-réaction de Frei est positive avec deux antigènes différents.

Le malade est mis au traitement par le Stybial.

OBSERVATION N° 14 (inédite)

(recueillie dans le Service de M. Sézary)

G... André, 19 ans, garçon de café, entre le 26 octobre 1932, à l'hôpital Saint-Louis, salle Rayer, pour un bubon.

Il a eu six jours après son dernier rapport un *chancre siégeant sur le prépuce près du frein*.

Ce chancre était indolore, ne saignait pas, et ne présentait aucun caractère d'induration.

Pendant une semaine, aucune adénopathie satellite, mais vers le huitième jour, un volumineux bubon apparaissait dans l'aîne droite. Cinq jours après, un bubon se forme dans l'aîne gauche.

Celui qui est à droite est volumineux, arrondi; la peau est rosée. Il est douloureux et on le sent à cheval sur la moitié interne de l'arcade crurale.

Pas de ganglions dans la fosse iliaque droite.

Le bubon droit est rénitent.

Le bubon gauche plus gros, et plus douloureux est ramolli. On sent des ganglions dans la fosse iliaque gauche.

Le chancre a été traité par des lavages avec du Permanganate de Potassium. Il n'a pas sectionné le frein et actuellement il est en voie de cicatrisation.

Les examens de laboratoire ont donné les résultats suivants : absence de tréponème et de bacille de Ducrey.

Intradermo-réaction de Frei positive.

Intradermo-réaction au Dmelcos négative.

Le malade est amélioré par des injections d'anthiomaline.

OBSERVATION N° 15 (inédite)

(recueillie dans le Service de M. Sézary)

R... Paul, 28 ans, journalier, entre le 25 février 1934, à l'hôpital Saint-Louis, salle Quinquaud, pour une adénopathie inguinale bilatérale. Le début s'est effectué il y a trois semaines par un ganglion inguinal gauche. Huit jours après apparaissent d'autres ganglions à droite.

Examen : Adénopathie typique avec présence de ganglions iliaques.

Aucune lésion visible sur la verge, mais le malade se souvient avoir eu une *légère écorchure sur le gland*. De plus l'intradermo-réaction de Frei est positive, et le malade est soumis à un traitement par l'anthiomaline.

OBSERVATION N° 16 (inédite)

(recueillie dans le Service de M. Sézary)

P... Marcel, 25 ans, étudiant, entre le 19 juin 1934 à l'hôpital Saint-Louis, salle Quinquaud, pour une maladie de Nicolas-Favre.

Le malade a eu il y a deux mois une blennorragie. A cette époque il a constaté une *légère excoriation sur le prépuce*. Un mois après, apparut un ganglion inguinal droit qui augmenta régulièrement de volume, et prit un caractère inflammatoire.

Actuellement on voit un gros ganglion parallèle à l'arcade crurée et fluctuant dans sa partie externe. La peau est modérément rouge avec une adhérence relative aux plans profonds.

Examen général négatif.

Une intradermo-réaction de Frei faite au bras gauche est positive.

On institue un traitement salicylé associé à des injections d'anthomaline.

OBSERVATION N° 17 (inédite)

(recueillie dans le Service de M. Sézary)

L... 31 ans journaliste financier, entre le 7 octobre 1935 à l'hôpital Saint-Louis, salle Quinquaud, pour une adénopathie inguinale bilatérale dont le début remonte à un mois environ. Le malade a présenté une simple gêne, puis une grosse fatigue pour marcher.

Le 23 septembre il est hospitalisé à l'hôpital de Lari-boisière. On lui fait des injections de vaccin antigonococcique, après avoir constaté que le B.W. était négatif.

Un fait intéressant est à souligner à cette date : c'est la présence de 3 *vésicules très petites sur le gland*.

Le 7 octobre il est envoyé à St-Louis et entre dans le service.

Examen : Grosse adénopathie inguinale bilatérale, mais surtout à droite. La peau est violacée. Il n'y a pas de fistule.

La consistance de l'adénopathie est ferme, bien limitée et peu douloureuse. Elle est mobile sur les plans profonds. La peau se laisse bien plisser.

Le 8 octobre : l'intradermo-réaction de Frei, pratiquée à l'avant-bras droit est positive; l'intradermo-réaction au Dmelcos faite à gauche est douteuse. On la recommence le 10 octobre : elle est négative.

Le 22 octobre : un nouveau Frei donne une grosse papule.

Prise de sang pour B.W. : donne H^s, M^s.

Antécédents : Une syphilis il y a cinq ans. On voit le chancre dans le sillon balano-préputial. Traitement arsenobismuthique.

Le malade est en cours de traitement avec des injections d'anthiomaline.

OBSERVATIONS DE CHANCRES SYPHILOIDES

OBSERVATION N° 1

(publiée par MM. A. Sézary et M. Perrault)

O... Nestor 43 ans, ajusteur, entre le 4 septembre 1933 salle Rayet pour une adénite inguinale droite accompagnée de *deux petits chancres du sillon balano-préputial*; l'ensemble datant aux dires du malade de 15 jours environ.

Les deux chancres du sillon siègent l'un à la partie supérieure, un peu à gauche de la ligne médiane, l'autre à gauche également à quelques millimètres du frein. Ce sont des exulcérations de surface nette, propre, de coloration rosée, de la dimension d'une grosse lentille.

Elles sont légèrement sensibles à la palpation. Enfin, fait capital elles reposent sur une induration modérée. Mais très nette, ne débordant pas les limites de la lésion.

L'adénopathie inguinale droite constitue une masse du volume d'un œuf de poule, intéressant les groupes ganglionnaires supérieurs, à grand axe horizontal, d'aspect légèrement inflammatoire (peau rosée) sensible spontanément, donnant lieu à des élancements d'ailleurs discrets, surtout marqués après la station debout prolongée, ou la marche. La palpation légèrement douloureuse la montre de consistance ferme, assez mal limitée, adhérent aux plans voisins. L'adénopathie ne se limite

pas aux groupes superficiels; elle se prolonge en une importante masse adénopathique dans la fosse iliaque droite.

L'examen complet et systématique du malade ne montre rien d'autre : en particulier l'exploration des différentes aires ganglionnaires ne révèle pas d'autre adénopathies. L'état général est bon.

La température un peu élevée : 38°. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. L'époque de la contamination est impossible à fixer.

En somme ce malade présente d'une part une adénopathie dont les caractères sont ceux de l'adénopathie de la maladie de Nicolas-Favre, d'autre part deux chancres du sillon dont le caractère frappant est qu'ils sont indurés.

Avant d'entrer dans notre Service, cet homme était déjà venu à notre dispensaire où devant l'aspect des lésions du sillon balano-préputial, on avait pensé à la syphilis. Or, deux examens de la sérosité du chancre pratiqués à l'ultra-microscope les 23 et 26 août furent négatifs. De même furent négatives, à deux reprises, les 23 et 30 août, les séro-réactions de Hecht et Meinicke pratiquées dans le sérum sanguin. Durant son séjour dans le Service, un autre examen à l'ultra-microscope a été négatif (6 septembre), deux autres au début et à la fin du mois de septembre également négatifs.

Deux intradermo-réactions au Dmelcos, pratiquées l'une le jour de l'entrée, l'autre quinze jours plus tard ont été négatives. L'intradermo-réaction à l'antigène de Frei a été par contre positive.

Ainsi l'impression clinique que l'adénopathie était celle d'une maladie de Nicolas-Favre se trouvait justifiée.

N'ayant aucune preuve de la nature syphilitique du chancre induré, nous avons fait un traitement par le stybial intravenieux, à l'exclusion de toute autre thérapeutique. Le malade en reçut les 8 septembre 0 gr. 02.

le 11 septembre 0 gr. 03. A ce moment la température était tombée à la normale, l'adénopathie était devenue franchement inflammatoire au point que le 18, nous étions sur le point de la ponctionner. Quant aux lésions chancreuses du sillon, elles n'avaient pas changé, conservant en particulier et leur couleur rosée et leur induration. Le 18 septembre, nouvelle injection intraveineuse. L'externe chargé de la piqûre en injecte par erreur au lieu de cinq centigrammes, 12 centigrammes. Le soir même, la température monte à 39°. Le malade est en proie à un malaise violent avec frissons répétés, vomissements, céphalée.

Les deux jours suivants, sa température se maintient aux environs de 38°6 le matin et 39°6 le soir. Elle s'abaisse le 21 et le 22 aux environs de 38°.

L'examen somatique minutieux ne montre rien qui puisse donner une explication plausible de la température et du malaise général, en dehors de l'injection du stybial.

Cependant les deux chancres persistent, pas contre on note une régression importante de la masse ganglionnaire.

Le 23 septembre après quatre jours de température et de malaise, le malade se sentant mieux, on pense avoir affaire à une affection saisonnière peut-être biotropique et l'on reprend le stybial 0 gr. 05 intraveineux. Le soir même la fièvre s'allume à nouveau et une nouvelle poussée thermique très semblable à la première vient s'inscrire sur la feuille de température. Or le 26 septembre, après ces deux injections pyretogènes, qui ont fatigué le malade (il a perdu deux kilogrammes dans la semaine) on note une considérable améliorations des lésions : les adénopathies n'ont plus aucun caractère inflammatoire. A l'étagé inguinal, elles sont réduites des deux tiers, à l'étagé iliaque des trois quarts. Les chancres sont tou-

jours visibles mais se cicatrisent, l'induration sous-jacente étant toujours perceptible mais moins marquée.

Du 30 septembre au 30 octobre, l'amélioration se poursuit, l'état général s'améliore, le malade reprend son poids. Il peut se lever dans la journée sans être aucunement gêné.

Le 20 octobre il est pratiquement guéri.

OBSERVATION N° 2.

(publiée par MM. Sézary et Marcel Perrault.)

B..., âgé de 50 ans, a, au début du mois de mai 1933, un unique coït. Le 25 juin, il constate dans le sillon balano-préputial une petite lésion à peine sensible et dans la région inguinale une adénopathie assez douloureuse.

Il nous consulte le 20 juin. Ce jour là, nous voyons dans le sillon balanopréputial une *lésion papuleuse*, du diamètre d'un pois et ayant la forme d'un tronc de cône. La partie supérieure de ce tronc de cône est exulcérée, érythémateuse. La partie inférieure est constituée par une lésion dure, non douloureuse à la pression, débordant par conséquent l'exulcération. Cette lésion, qui n'a aucun des caractères du chancre mou, peut être considérée comme un chancre syphilitique dont l'induration dépasserait nettement l'exulcération.

Dans l'aïne, on trouve une adénopathie caractéristique de la maladie de Nicolas-Favre : masse ganglionnaire agminée, adhérente à la peau qui est rose et aux plans profonds, intéressant non seulement le groupe inguinal mais encore les groupes crural et iliaque. Le diagnostic est indiscutable. Il est confirmé par l'existence d'une fièvre élevée à 39°5, qui ne devait s'abaisser que quinze jours après le début de l'affection.

Devant ces deux lésions qui au premier examen nous paraissaient de nature différente, nous décidons d'abord de vérifier si le chancre est bien syphilitique. Or, la recherche du tréponème par deux fois est négative et les réactions de Wassermann et de Hecht sont également négatives : elles le demeureront, d'ailleurs à quatre reprises pendant les quatre mois suivants où elles ont été systématiquement recherchées de nouveau.

Nous avons alors pensé qu'il s'agissait d'un type syphiloïde du chancre lymphogranulomateux et avons institué un traitement unique par le stybial du 10 juillet au 22 août. L'amélioration de l'adénopathie a été lente. Deux petites fistules se sont formées au cours de cette série d'injections, et il a fallu recourir à la radiothérapie pour achever la guérison. Par contre le chancre a cédé rapidement : il a disparu vers le 20 juillet, sans laisser de cicatrice.

Notons cette particularité qui confirme le diagnostic. Cet homme a continué à avoir des rapports sexuels avec sa femme, malgré son chancre. Il l'a contaminée.

Au début du mois de juillet, elle a eu à son tour un hubon lymphogranulomateux typique dont elle n'est pas encore guérie. Elle n'a eu depuis aucun accident syphilitique primaire ou secondaire.

OBSERVATION N° 3. (inédite)

(recueillie dans le Service de M. Sézary.)

D... Louis, 35 ans, maçon, entre le 27 février 1935 à l'hôpital Saint-Louis, Salle Quinquaud, après avoir été vu à la consultation de la Porte pour une grosseur dans l'aîne droite.

Le début de cette grosseur remonte au 10 janvier.

C'est une masse qui augmente de volume et gêne le malade pour travailler, ou pour marcher. Le malade constate lui-même la dureté de plus en plus évidente de cette grosseur et se décide à avoir un avis médical.

Il explique, tout d'abord qu'il a été examiné à Saint-Louis dans un Service voisin. Une prise de sang pour B. W. fut négative, et le traitement se limita à l'application de compresses chaudes sur la région inguinale droite.

En examinant ce malade on voit une masse située au-dessus du pli inguinal droit, masse allongée et parallèle à lui.

La grosseur est celle d'un œuf de pigeon, qui est comme soulevée régulièrement mais discrètement. Ces battements sont synchrones du pouls radial.

Les limites de la masse sont : en dehors le milieu de l'arcade crurale, en dedans la racine de la verge, en bas, le pli inguinal, en haut : une horizontale prolongeant le bord supérieur de la symphyse pubienne.

Le centre de cette tuméfaction est rouge violacé, mais perd cette couleur vers la périphérie.

L'adénopathie est un peu fluctuante depuis une ponction exploratrice effectuée dans le Service, hier même, et qui a ramené un pus épais verdâtre sans trace de sang.

Il y a une adhérence de la masse aux plans superficiels, mais on peut mobiliser le tout sur les plans profonds.

A plusieurs reprises, la recherche d'une adénopathie iliaque est négative. Un ganglion inguinal gauche, allongé en fuseau, dur, non douloureux, est situé environ au tiers interne du pli inguinal.

En examinant la verge, on voit sur le sillon balano-préputial : une *petite exculcation de la grosseur d'une tête d'épingle*, qui existe depuis le début de janvier dernier. De l'avis du malade, elle était de dimensions plus importantes quand il consulta la première fois à Saint-

Louis. On apprend, qu'à deux reprises différentes, des prélèvements pour la recherche du tréponème, restèrent négatifs.

La palpation de cette ulcération donne une impression d'induration, mobile sur les plans profonds, un peu douloureuse. L'induration ne dépasse pas les limites de l'exulcération.

L'examen génital montre encore la cicatrice d'un chancre au dessus de la racine de la verge, soigné il y a dix ans en province. Après une prise de sang positive, pour B. W., le malade fut soumis à un traitement intensif par du novarsenobenzol et du cyanure de mercure, si bien que les B. W. répétés tous les six mois restèrent toujours négatifs depuis.

L'examen général du malade est négatif. Les pupilles sont normales. Les réflexes tendineux également.

En face d'un tel tableau on pratique une intradermo-réaction de Frei au bras gauche : rapidement positive et durable. Une intradermo-réaction au Dmelcos faite au bras droit est douteuse, puis s'éteint.

Le malade soumis à un traitement par l'anthiomaline guérit les semaines suivantes.

Le chancre induré du sillon balano-préputial persistait encore, mais cicatrisé lorsque le malade quitta le Service.

OBSERVATION N° 4

(publiée par M. Sézary et Joseph).

M... Marguerite, âgée de 33 ans, est admise le 8 février 1931 dans notre service pour une ulcération vulvaire datant de 8 jours.

La lésion siège à la face interne de la petite lèvre gauche, au voisinage de la fourchette. Grande comme une

pièce de cinquante centimes, elle est régulièrement arrondie. Quand on a enlevé l'exsudat grisâtre et grumeleux qui la recouvre, on met à nu une ulcération presque plane, légèrement cupuliforme de couleur rouge vif, qui n'a ni l'aspect déchiqueté ni les bords décollés de la chancrelle. La palpation, légèrement douloureuse, montre une petite infiltration ne dépassant pas les limites de l'ulcération. Dans le voisinage de cette lésion, on voit de petites exulcérations superficielles. Il n'y a pas d'œdème des lèvres et on ne perçoit aucune adénopathie soit inguinale, soit crurale, soit iliaque. Au spéculum on voit un col utérin atteint de métrite chronique. L'examen des téguments, des aires ganglionnaires, des autres muqueuses et des divers appareils ne révèle rien de particulier.

A trois reprises un examen à l'ultramicroscope a été fait, pour rechercher non seulement le tréponème, mais encore le gonocoque ou le strepto-bacille de Ducrey, les recherches ont été infructueuses.

La réaction de Wassermann, de Hecht et de Meinicke. (opac) ont été pratiquées les 10, 19, 25 février et le 2 mars. Elles ont toujours donné un résultat négatif. S'il s'était agi de syphilis, elles auraient dû se montrer positives à dater du 13 février environ.

L'intradermo-réaction au vaccin antichancrelleux s'est montrée négative.

L'intradermo-réaction de Frei s'est montrée fortement positive.

Le laboratoire nous a donc orienté vers le diagnostic de maladie de Nicolas-Favre. Celui-ci s'est trouvé confirmé par l'anamnèse.

Le mari de cette malade nous a appris qu'il était soigné depuis un an pour des adénopathies inguinales rebelles par du salicylate de soude. L'affection, qui s'était très améliorée, à subi une recrudescence depuis deux

mois. A l'examen, nous constatons chez cet homme un bubon inguinal et iliaque bilatéral, non fistulisé, présentant tous les caractères du bubon de la maladie de Nicolas-Favre. Les séro-réactions syphilites et l'intraderma-réaction au Dmelcos sont négatives. (il n'a d'ailleurs pas eu de chancre.) L'intradermo-réaction de Frei est fortement positive.

Notre malade a été traitée par anthiomaline. Son chancre s'est cicatrisé le 1^{er} mars.

OBSERVATIONS DE CHANCRES CHANCRELLIFORMES.

OBSERVATION N° 1

(publiée par MM. Sézary et Lenègre).

R... S. artiste 21 ans, entre le 15 septembre 1932; il est atteint depuis quatre jours d'un bubon inguinal droit et depuis la veille, d'après lui, d'une petite ulcération du sillon balano-préputial. A son entrée; sensation de tension douloureuse dans l'aîne droite. Les caractères du chancre et du bubon se précisèrent les jours suivants, mais dans des sens divergents.

Le chancre forme une ulcération nettement creusante, à bords nettement arrêtés, à fond purulent, à base souple, indolente à la palpation.

Il avait au début un diamètre de cinq millimètres. Ses bords étaient légèrement polycycliques et un peu décollés. Il était entouré d'une zone érythémateuse mais non d'un liseré net comme celui du chancre mou.

Son fond se détergea en quelques jours et prit une couleur franchement érythémateuse. Ultérieurement l'ulcération s'étendit encore en surface, mais non en profondeur. Elle se cicatrisa le 31 octobre, sous l'influence semble-t-il, du traitement que nous indiquerons plus loin.

Le bubon s'étendit progressivement et rapidement. Il prit tous les caractères de l'adénopathie lymphogranulomateuse.

Il était constitué par une masse de plusieurs ganglions hypertrophiés, adhérents entre eux et aux plans profonds, recouverts d'une peau rouge et œdémateuse moyennement sensible à la pression.

A partir du 26 septembre il se produisit plusieurs ramollissements qui donnèrent de petites fistules. Il n'y avait pas de bubon à gauche. A noter l'apparition le 16 septembre de trois petites exulcérations autour du chancre, elles disparurent deux jours plus tard.

Le 20 octobre, on trouva sur le dos de la verge un cordon de lymphangite douloureuse qui ne dura que deux jours.

L'état général du malade satisfaisant jusqu'à son entrée à l'hôpital, fut assez fortement atteint par le développement de son affection.

Du 17 au 25 septembre : fièvre au-dessus de 38°.

La température se maintient aux environs de 38° jusqu'au 5 octobre et à 37° jusqu'au 30 novembre.

Rien à signaler dans les autres appareils.

L'examen clinique de ce malade nous fit penser à une chancrelle du sillon balano-préputial et à une maladie de Nicolas-Favre. On pouvait en effet admettre que l'ulcération pouvait servir de porte d'entrée du virus lymphogranulomateux. Cependant les recherches ont montré que l'hypothèse du chancre mou pouvait être conservée. En effet la recherche du bacille de Ducrey dans l'exsudat de la lésion a été par deux fois négative.

Trois tentatives d'inoculation au porteur sont demeurées négatives.

A deux reprises, une intradermo-réaction au vaccin antichancrelleux s'est montrée négative.

Une nouvelle réaction faite ces jour-ci un an après le chancre, a été négative.

Par contre deux intradermo-réactions avec l'antigène de Frei ont été nettement positives.

Les réactions de Hecht et Meinicke ont été négatives.

Le malade a d'ailleurs contracté la Syphilis il y a un mois, c'est à dire un an après l'affection que nous relations.

L'examen histologique fait avec un fragment de l'ulcération prélevé le 17 octobre, et examiné par M. Levy-Coblentz, ne montre pas de lésions permettant de penser à un chancre mou. La coloration des coupes à la thionine ne montre pas de bacille de Ducrey.

La coexistence de ce chancre qui n'est pas une chancrelle, avec un bubon présentant tous les caractères de la maladie de Nicolas-Favre et s'accompagnant d'un Frei positif oblige donc d'admettre que dans ce cas, la porte d'entrée de la lymphogranulomatose a pris l'aspect d'un chancre mou.

Le malade a guéri de son bubon au mois de janvier après avoir été traité par le stybial et la Radiothérapie.

OBSERVATION N° 2

(publiée par MM. Sézary et Bolgert).

M... Patissier, âgé de 45 ans, entre le 10 janvier 1931, Salle Rayer, pour un volumineux phimosis inflammatoire. Ce phimosis est consécutif au développement d'une érosion du sillon balano-préputial apparue quinze jours auparavant. La verge est considérablement augmentée de volume et de couleur rosée. A travers la peau, on perçoit un petit nodule infiltré, non douloureux. Par l'orifice du prépuce s'écoule du pus jaune verdâtre. Dans les aînes, on constate une adénopathie légèrement inflammatoire assez importante, sans caractère défini, un peu douloureuse à la pression.

L'existence de ce phimosis inflammatoire évoque l'idée d'une chancrelle, d'autant plus que les séro-réactions

syphilitiques sont négatives et que le bubon n'a encore aucun aspect spécial. Une intradermo-réaction au vaccin antichancernelleux, est légèrement positive. Aussi inclinons-nous pour le diagnostic de chancre mou, malgré l'indolence du nodulè sous-préputial, et instituons-nous un traitement par les injections intraveineuses de fortes réactions thermiques, mais n'ont aucune action immédiate sur le bubon. Au contraire l'inflammation ganglionnaire se propage à la peau qui forme des bourrelets transversaux. Le bubon grossit, adhère aux plans profonds, s'étend aux fosses iliaques et aux triangles de Scarpa.

Cependant au cours du traitement vaccinal, l'inflammation de la verge diminue et le phimosis disparaît. Bref il prend tous les caractères décrits dans la maladie de Nicolas-Favre. On peut voir alors dans le sillon balano-préputial deux ulcérations, l'une dorsale, l'autre inférieure située à 5 millimètre du filet. Ces deux ulcérations ont des caractères identiques : leur diamètre est d'environ 4 millimètres; profondes, elles ont des bords un peu décollés, un fond purulent, une base légèrement infiltrée mais non indurée. Elles sont un peu douloureuses au palper.

A leur surface, l'examen ultra-microscopique ne montre aucun tréponème, aucun bacille de Ducrey; les séro-réactions syphilitiques faites une seconde fois, sont encore négatives. Mais une intradermo-réaction à l'antigène de Frei est fortement positive, de telle sorte que le diagnostic de Maladie de Nicolas-Favre, qu'imposait déjà l'aspect du bubon, se trouve confirmé. Il s'agissait bien de cette affection, pure de toute association avec la syphilis, comme nous venons de le dire. On ne saurait affirmer que ce malade n'ait pas eu au début un chancre mou, bien que nous ne le croyions pas. (Une nouvelle intrademo-réaction avec le vaccin antichancernelleux devait

bientôt se montrer complètement négative : mais ce résultat perd de sa valeur à cause du traitement antérieur par le vaccin antichancrelleux.

L'affection ayant à ce moment tous les caractères de la maladie de Nicolas-Favre, nous avons soumis le malade au traitement stibié par l'anthiomaline et, contrairement à ce que nous observons généralement (1), nous n'en avons pas obtenu un résultat très satisfaisant. Le bubon a persisté et s'est fistulisé en plusieurs points. Les chancres ne sont pas détergés, mais leur base s'est infiltrée. A la longue, ils ont changé d'aspect.

Le 30 mars, le chancre antérieur se présente sous la forme d'une ulcération elliptique, de surface lisse et détergée, de couleur rose livide, taillée comme à l'emporte-pièce dans le tégument. Quand on le presse entre les doigts, on aperçoit en son centre une dépression putriforme, étroite, profonde de 3 millimètres environ, dont le fond est creusé dans un tissu blanc jaunâtre. Le chancre et sa dépression centrale sont creusés dans un nodule nettement infiltré, arrondi, mesurant 1 cm de diamètre, gros comme une noisette coupée en son milieu.

Le chancre inférieur a le même aspect rose livide, la même surface lisse, les bords également taillés à pic. Il repose sur un nodule infiltré mais non induré. Il n'a pas de prolongement puteiforme.

Le 3 avril, le dernier chancre était épidermisé, il laissait une cicatrice irrégulière, profonde, taillée comme à l'emporte-pièce, et reposant sur une base encore infiltrée. Le premier avait l'aspect d'une ulcération fissuaire détergée. En même temps, le bubon avait diminué de volume. En somme, entre le 1^{er} et le 3 avril, est survenue une amélioration nette de toutes les lésions.

(1) Fait que nous attribuons au traitement antérieur par le vaccin antichancrelleux, car nous l'avons constaté dans deux autres cas traités d'abord également par erreur par ce vaccin

OBSERVATIONS DE CHANCRES NODULAIRES

OBSERVATIONS N° 1.

(type folliculaire publié par MM. Sézary et Facquet)

M. Fer... 20 ans, consulte le 24 octobre 1933 pour une adénopathie inguinale bilatérale et une petite lésion nodulaire de la verge. Cette lésion qui est la première en date, a débuté il y a un mois sous la forme d'une petite papule. L'adénopathie est apparue huit jours après.

On constate actuellement à la partie dorsale du prépuce un nodule arrondi, du volume d'un pois très petit, à contours bien limités, de consistance dure, indolore à la palpation. Autour de ce nodule, on n'observe pas de réaction érythémateuse. La lésion semble enchassé dans derme. On ne saurait mieux la comparer, exception faite pour l'absence de phénomènes inflammatoires, qu'à une grosse folliculite du dos de la verge.

Il n'y a pas de traces d'érosion superficielle.

Il n'existe pas de lymphite, mais une adénopathie inguinale bilatérale qui présente les caractères de la maladie de Nicolas-Favre. A droite les ganglions inguinaux sont volumineux, ils forment une masse importante adhérant aux plans profonds; les ganglions iliaques sont envahis.

A gauche : l'adénite est moins importante, et moins

typique. Le malade n'a pas eu de rapports sexuels pendant les trois mois qui ont précédé le développement de l'affection.

Examens de laboratoire : la recherche du tréponème après scarification de la lésion est négative, à deux reprises.

Les réactions de Hecht, et de Meinicke sont négatives dans le sang.

L'intradermo-réaction au vaccin antichancrelleux est négative. La réaction de Frei est négative à deux reprises.

L'adénopathie offrant tous les caractères de celles de la maladie de Nicolas-Favre, un traitement par des injections intraveineuses de Stybial est institué.

Le 3 décembre le nodule de la verge a diminué très nettement de volume. Il est réduit à une très petite induration du derme. L'adénite inguinale a diminué des trois quarts. On perçoit encore quelques ganglions dans la fosse iliaque droite. Les réactions de Hecht et de Meinicke, sont toujours négatives.

Mais la réaction de Frei, pratiquée avec deux antigènes, l'un simien l'autre humain, se montre cette fois positive.

OBSERVATION N° 2. (inédite)

(recueillie dans le Service de M. Sézary.)

M... 44 ans, plâtrier, entre le 23 octobre 1934 à l'hôpital Saint-Louis, Salle Quinquaud. Celui-ci a débuté vers la fin de septembre de la même année par une tuméfaction inguinale droite, douloureuse, empêchant la marche.

Le malade entre à Broca le 2 octobre, on lui fait une prise de sang, probablement pour un Bordet Wassermann, dont on se connaît pas le résultat.

Une intradermo réaction effectuée sur la face externe du Deltoïde droit laisse actuellement encore une papule infiltrée et rouge.

Après une application de collargol et de compresses chaudes sur la tuméfaction inguinale qui diminue de grosseur, le malade sort de Broca le 15 octobre.

Le 23 octobre, il est hospitalisé à nouveau, cette fois ci, à Saint-Louis dans la salle Quinquaud.

En examinant ce malade on constate :

Deux tuméfactions rouges, sur le côté supéro-droit de la verge.

L'une siège, juste en arrière du gland, à l'union de la portion cutanée du prépuce et de la muqueuse.

Sa grandeur est celle d'une lentille, circulaire, de contour régulier. Son sommet est ulcéré, et cette ulcération est ovalaire, large de deux millimètres, un peu creusante ; le fond est croûteux, brunâtre. Le reste de cet élément forme comme un bourrelet autour de l'ulcération.

On sent une forte induration en palpant cette ulcération qui est très limitée et est d'une indolence absolue.

Un second élément, est situé un centimètre et demi en arrière du premier. Il est un peu volumineux. Son diamètre est celui d'une pièce de cinquante centimes. Sa couleur est rosée, luisante avec sur le sommet quelques fines squames épidermiques qui se détachent partiellement.

La base de cet élément à une consistance dure, semblable à un nodule, libre sur les plans profonds.

Actuellement, l'indolence est complète, et aux dires du malade, il était douloureux au moment de son apparition, c'est-à-dire il y a une semaine. L'ensemble rappelle l'allure d'une pyodermite en voie de résorption.

Dans les plis inguinaux on trouve : à droite, une

volumineuse adénopathie; un gros ganglion correspondant à la tuméfaction qui motiva l'entrée du malade à Broca.

L'adénopathie est allongée transversalement, large de un centimètre, sur deux centimètres et demi de long; elle est mobile et indolente.

Il existe une adénopathie iliaque du volume d'une orange.

A gauche, deux petits ganglions inguinaux sont perceptibles, mais n'offrent pas de caractères spéciaux.

L'examen général du malade montre quelques éléments de pyodermite disséminés sur le cou mais on ne voit rien sur les membres inférieurs.

En résumé : Adénopathie inguinale et rétrocrurale droite sans lésions tégumentaires des membres inférieurs.

Mais sur la verge, deux éléments ressemblant au premier abord à des furoncles en voie de résorption.

La persistance d'une infiltration au point où fut effectuée la première intradermo-réaction nous fait penser qu'il serait d'un grand intérêt de savoir si l'on a affaire à une réaction de Frei ?

Dans le service de Saint-Louis, les résultats de laboratoire sont les suivants :

Une prise de sang pour B. W. donne H^s M^s

Une réaction de Frei est fortement positive mais une réaction au vaccin antichancrelleux est également très positive.

Le 26 octobre 1934, l'élément le plus postérieur de la verge s'ouvre, laissant échapper du pus, puis s'affaisse.

Le 3 novembre 1934, le malade est mis au traitement suivant : Salicylate de soude par voie buccale, 6 grammes par jour. Les lésions de la verge s'épidermisent. Puis un traitement stibié amène la guérison progressive de l'adénopathie.

OBSERVATION N° 3

*Chancre nodulaire
avec abcès fistuleux de la verge*

(publié par MM. Lévy-Franckel et Temerson)

Observations résumées.

M. C... âgé de 32 ans, vient consulter pour une grosseur de l'aine droite le 23 octobre 1934.

Son apparition remonte à un mois et demi.

En examinant ce malade on constate en effet une grosse adénopathie inguinale droite, et des petits ganglions roulant sous le doigt dans le pli inguinal gauche.

Fait intéressant on remarque au niveau de la verge :

1) Un nodule de l'importance d'un gros pois ; siégeant sur la face dorsale de la verge, près de la ligne médiane, à 3 centimètres du sillon balanopréputial, adhère à la peau qui forme une saillie nette, et présente à ce niveau une coloration rouge violacé.

Le nodule date du début d'octobre.

2) Une ulcération, inconnue jusqu'alors du malade, de forme ovale, mesurant trois millimètres sur son grand axe. Les bords sont irréguliers, découpés, surélevés, à fond jaunâtre, reposant sur une base indurée et siégeant dans le sillon balanopréputial sur la face latérale de la verge, et un peu à la face profonde du prépuce.

La recherche du tréponème à l'ultra-microscope est négative.

Plusieurs Bordet-Wassermann sont également négatifs on pratique une intradermo-réaction au Dmelcos, les 2 et 24 novembre, sans résultat.

Une réaction de Frei négative le 2 novembre, devient positive le 15 novembre.

L'évolution du nodule, fut la fistulisation à la peau.

Mme C... femme du précédent, vient à son tour le 29 novembre 1934 pour une grosseur de l'aine, côté droit.

Elle présente une grosse adénopathie inguinale droite plus importante que celle de son mari, de la dimension d'un gros œuf de poule.

L'examen ne révèle pas de porte d'entrée visible à la vulve. Le col utérin est gros, nettement métritique, rouge, avec de petites granulations autour de l'orifice.

Une intradermo-réaction au Dmelcos le 3 décembre 1934 est négative.

Une réaction de Frei pratiquée avec deux antigènes différents s'avère très positive.

Chez cette malade la lésion inguinale est considérable, plus volumineuse que celle de son mari. Il existe très peu de métrite qui semble banale et les ganglions profonds aussi bien que les ganglions iliaques paraissent indemnes.

Le fait intéressant chez le mari est l'abcès futilisé de la face dorsale de la verge; cet abcès apparut au début d'octobre, 20 jours après l'adénopathie inguinale, d'abord sous la forme d'un nodule.

Peut-être peut-on considérer chez la femme que les lésions de métrite avec les petites granulations autour de l'orifice, forment la porte d'entrée sans chancre apparent, tel chez l'homme une banale ulcération de la verge.

OBSERVATION N° 4 (inédite)

(recueillie dans le Service de M. Sézary)

M. Sébastien, dessinateur, entre à la salle Quinquaud le 13 avril 1933. Il est d'abord allé consulter à Saint-Antoine dans le service du docteur Bréchet, pour une grosseur apparue dans l'aine gauche apparue un mois auparavant et gênant la marche.

On note dans les antécédents : un chancre de la verge qui suppurait, il y a 4 ans, et qui était accompagné d'une adénopathie probablement chancrelleuse. Celle-ci dure deux mois pendant lesquels on pratique deux ponctions au thermocautère, donnant issue à du pus.

Deux mois après, tout était rentré dans l'ordre, et il ne persistait qu'une cicatrice dans l'aîne. Un B. W. effectué à cette date fut négatif.

Comme autre antécédent : une pleurésie sèche à l'âge de 16 ans.

Examen :

On note une adénopathie inguinale gauche portant sur un petit groupe ganglionnaire. Deux ganglions sont fusionnés en partie, et allongés parallèlement à l'arcade crurale.

Ils ont un volume de deux noix, ne sont pas douloureux, un peu mobiles sur les plans profonds. La peau est légèrement rouge.

Il y a présence de ganglions dans la fosse iliaque gauche. On ne trouve pas d'adénopathie à droite sauf quelques ganglions petits mobiles et non douloureux.

Pas d'autres adénopathies. Pas d'éruption sur le corps.

Sur la verge, à la face dorsale on note une cicatrice rouge de la grandeur d'une petite lentille, légèrement infiltrée et peu douloureuse.

Pas de stigmates de syphilis.

L'examen général est négatif.

Une prise de sang pour B. W. donne : H° M++++

Une intradermo-réaction de Frei au bras gauche est positive et donne une papule rose infiltrée 48 heures après.

Une intradermo-réaction au Dmelcos, faite au bras droit est positive.

On institue un traitement arsenobismuthique associé à un traitement stibié.

OBSERVATION N° 5 (inédite)

(recueillie dans le Service de M. Sézary)

M... André 45 ans, mécanicien, entre à l'hôpital Saint-Louis Salle Quiquaud, le 27 août 1932 pour une *ulcération siégeant sur le fourreau* (côté droit). Le début remonte à un mois ; il n'existait alors que deux petites ulcérations qui augmentant de dimensions se rejoignent rapidement.

L'ulcération est grisâtre, surélevée, indurée, saignant facilement. Les bords sont rouges. La surface est environ d'un centimètre de long sur cinq millimètres de large. De plus, le malade présente une adénopathie inguinale gauche. Cette masse occupe la moitié interne de l'arcade crurale. Elle débuta il y a quinze jours. Aujourd'hui elle est adhérente aux plans profonds.

On note une adénopathie discrète dans l'aine droite. Ce malade a été opéré il y a 20 ans d'une adénite de l'aine droite justement, d'ailleurs, on en voit la cicatrice.

On est intervenu tour à tour pour une adénite cervicale gauche, et sous-maxillaire.

L'examen général est négatif.

Le 1^{er} septembre : la réaction de Ito-renstierna est positive.

Le 17 octobre : l'intradermo-réaction de Frei est positive et l'intradermo-réaction au Dmelcos, est négative.

Le 21 octobre, il subsiste deux petites ulcérations sur le côté droit du fourreau près du sillon balano-préputial.

OBSERVATION (inédite)

Chancre étalé

(recueillie dans le Service de M. Sézary)

V... Robert 23 ans, manœuvre, entre à l'hôpital Saint-Louis, Salle Quinquaud, pour un bubon de l'aîne gauche apparu il y a une vingtaine de jours environ, sans aucun chancre au préalable.

Le bubon très douloureux a grossi peu à peu et la peau est devenue rouge depuis une semaine.

On a pratiqué une réaction de Frei avant son entrée, mais on n'en voit aucune trace.

Antécédents : le malade a eu la Syphilis il y a 6 ou 7 ans. Il a été soigné à Saint-Louis puis à Saint-Lazare. Actuellement le Wassermann est négatif. Le traitement a consisté uniquement en injections de Novar et il semble avoir été irrégulier. En 1932 : plusieurs chancres mous et un bubon soigné dans le Service par des injections de Dmelcos.

Examen : le malade présente une adénopathie bilatérale, mais surtout très marquée à gauche, extrêmement douloureuse.

A gauche : volumineux bubon à la partie interne du pli de l'aîne, adhérent à la peau qui est violacée, on le sent gros comme un œuf, assez bien limité, très douloureux, peu mobile, dur et empâté à la périphérie ; plus ramolli et un peu fluctuant au centre.

On ne perçoit pas d'adénopathie nette dans la profondeur.

A droite : une adénopathie constituée par deux ou trois ganglions gros comme des noisettes, empâtés et mal distincts les uns des autres, douloureux, n'adhérant pas à

la peau qui est normale. Dans la profondeur de la fosse iliaque au-dessus de cette adénopathie, on perçoit une masse douloureuse.

On note *sur la verge une rougeur diffuse* formant une nappe mince rosée. Par contre aucune lésion aux membres inférieurs.

L'examen général est négatif.

Le 27 janvier on a pratiqué : une intradermo-réaction à l'antigène de Frei qui est nettement positive.

Une intradermo-réaction au sérum de Nicolas-Favre qui n'a rien donné.

Une intradermo-réaction au Dmelcos qui est légèrement positive (pas de valeur en raison du chancre mou ancien).

Une ponction qui ne ramène qu'un peu de sang. Le malade est soumis à un traitement par injections d'anthiomaline mais n'est amélioré que très lentement étant donné les injections de Dmelcos pratiquées à l'époque du chancre mou.

INFECTION MIXTE SYPHILO-LYMPHOGRANULOMATEUSE

(Observations publiées par MM. Sézary et Lenègre)

OBSERVATION N° 1

R.... Louis, 46 ans, camelot, nous consulte pour une syphilis récente typique, caractérisée par un chancre induré du sillon balano-perputial datant d'un mois environ, où l'examen ultra-microscopique montre la présence de tréponèmes; par des syphilides frontales et palmo-plantaires et par des réactions sérologiques fortement positives.

Mais dès ce moment, on est frappé par les caractères anormaux de l'adénopathie. Celle-ci est bilatérale, volumineuse, très douloureuse. L'autoinoculation de la sérosité du chancre reste négative, de même que l'intradermo-réaction au vaccin antichancrelleux. Un traitement anti-syphilitique intensif guérit rapidement les lésions cutanées et le chancre, mais reste sans action sur les adénites, bien qu'on lui ait amorcé neuf injections intraveineuses de Dmelcos. Au contraire les ganglions inguinaux gauches, grossissent, formant un énorme bloc douloureux qui fuse dans la fosse iliaque.

L'intradermo-réaction de Frei est alors nettement positive. Elle impose le diagnostic de lymphogranulomatose inguinale, que confirment encore l'évolution longue et rebelle (plusieurs mois), le ramollissement et la fistulisation des ganglions gauches, une récurrence ultérieure et récente du côté droit.

OBSERVATION N° 2

Cl... Raymond, 29 ans, garçon de café, vient consulter le 26 décembre 1931 pour un chancre induré du sillon balano-perputial datant de quinze jours environ. L'adénopathie inguinale droite a un volume insolite, les réactions de Meinicke et de Hecht sont déjà fortement positives. Le traitement arsено-bismuthique cicatrise le chancre mais reste sans action sur les ganglions. Bien que l'interdermo de Ito-Rienstierna soit négative, on pratique six injections intraveineuses de Dmelcos pendant le mois de janvier 1932.

L'adénopathie augmente de volume et gagne la fosse iliaque droite formant un bloc volumineux, rouge et tuméfié. L'intradermo-réaction de Frei est fortement positive le 17 février et la lymphogranulomatose inguinale prend sa symptomatologie typique. En mars, ramollissement, suppuration et ouverture. Le pus retiré par ponction des ganglions nous a servi pour la préparation d'un excellent antigène de Frei.

OBSERVATION N° 3

H... Lucien, chiffonnier, âgé de 30 ans, sans antécédents vénériens, entre dans le service le 8 juin 1933, pour un phimosis. Vers le 20 mai, il a remarqué une petite écorchure rouge et un peu douloureuse de la face interne du prépuce. Le phimosis ne s'est constitué qu'au bout de deux semaines.

Le 10 juin, l'examen local permet, malgré le phimosis et la balanite, de voir et de palper un chancre syphilitique typique de la face muqueuse du prépuce près de son orifice. Le prépuce est oedématié, infiltré; dans la région correspondant au chancre, on sent à la palpation

un placard induré gros comme une noisette. L'adénopathie est bilatérale, mais prédomine à gauche où elle est volumineuse, douloureuse spontanément, et à la pression. Sa coloration rouge, son empâtement, son immobilité et sa sensibilité ne laissent aucun doute sur sa nature inflammatoire. Sa propagation très étendue aux ganglions cruraux, et surtout aux ganglions iliaques profonds, nous fait soupçonner une lymphogranulomatose associée.

A droite il existe plusieurs gros ganglions assez mobiles, quoique rouges et un peu douloureux à la pression. On trouve par ailleurs un ganglion épitrochléen de chaque côté, et quelques petits ganglions cervicaux et axillaires.

Les réactions de Hecht et de Meinicke sont fortement positives. L'intradermo-réaction, faite le 10 juin avec l'antigène lymphogranulomateux détermine l'apparition d'une papule volumineuse, nettement perceptible encore trois semaines après. Le malade est soumis depuis un mois d'une part au traitement arséno bismuthique, d'autre part au traitement stibié. Les adénopathies ont diminué de volume, les fosses iliaques sont libres. Mais à gauche, il persiste toujours des ganglions gros comme des amandes, mal séparés les uns des autres et soudés à l'arcade crurale.

OBSERVATION N° 4 (inédite)

(recueillie dans le Service de M. Sézary)

V... Jean. 22 ans, vendeur, entré le 26 juillet 1932, salle Rayer, pour une ulcération siégeant sur le fourreau de la verge.

C'est une ulcération mesurant environ 2 centimètres de diamètre, à bords réguliers, d'aspect rouge vif, peu

douloureux, ne saignant pas. Cette ulcération date de trois semaines environ.

On trouve la présence d'une adénopathie inguinale gauche, dure, roulant sous le doigt.

En outre le malade présente une fistule siégeant à la partie moyenne gauche des bourses.

Par la pression, on fait sortir un pus verdâtre bien lié. C'est depuis six mois environ que le testicule gauche, d'abord tuméfié et dur, a laissé couler du pus.

Dans l'aîne gauche : un chapelet ganglionnaire avec périadénite plongeant dans la fosse iliaque.

L'examen général reste négatif.

Une intradermoréaction de Frei est positive.

Un Ultra est positif.

B.W. : H° M°

Le malade est soumis à un traitement arseno bismutique associé à un traitement stibié.

OBSERVATION N° 5 (inédite)

(recueillie dans le Service de M. Sézary)

R... Jacques, 26 ans, électricien, entre le 24 janvier 1934, à l'hôpital Saint-Louis, salle Quinquaud, pour un bubon de l'aîne gauche dont le début remonte au 15 décembre 1933. Il s'agissait d'une petite masse dure, indolente, de la grosseur d'une noix. Elle augmente de volume et depuis quinze jours elle a pris un caractère inflammatoire : peau rouge, masse ramollie à la partie inférieure de l'adénopathie.

La lésion sur la verge apparut au début de janvier (alors que le dernier rapport datait de la fin de novembre. Ce fut d'abord une *petite érosion superficielle* et propre qui augmenta de dimension et que le malade soigna avec des applications de teinture d'iode et d'éther.

Examen : La verge présente à la face profonde du prépuce les lésions suivantes :

En premier lieu, on voit une lésion croûteuse formée par l'agglutination de pus et de sang, siégeant sur le prépuce et allant jusqu'au bord du sillon balano-préputial.

En détachant la croûte, on provoque un saignement abondant, et l'on voit une papule surélevée, ovulaire, mesurant deux centimètres sur un centimètre. La surface est rouge vif, saignant facilement en nappe. Les bords sont nets. La base est nettement infiltrée.

Une autre lésion du même type, mais beaucoup plus petite est située immédiatement au dessus de la précédente.

Les lésions se révèlent un peu douloureuses à la palpation.

Au pli de l'aîne droite : tuméfaction volumineuse mesurant neuf centimètres de long sur huit de large. Cette masse a des contours bien limités.

Sa consistance est inégale. Elle est dure à ses extrémités externe et interne, et ramollie en son centre.

La peau qui la recouvre est chaude et rouge.

Il y a une adhérence aux plans profonds et superficiels.

Dans la région inguinale droite, deux ou trois ganglions inguinaux petits, durs et indolents.

Examen général négatif.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

B.W. : H° M°.

L'intradermo-réaction au Dmelcos est négatif.

L'intradermo-réaction de Frei est très positive.

Absence de tréponème à l'Ultra-microscope.

Pas d'antécédents importants.

Le 27 janvier : le B.W. étant positif on institue un traitement arsenobismuthique.

Le 29 janvier : une biopsie de l'ulcération de la verge est faite.

« L'ulcération est du type du chancre syphilitique, mais l'infiltration avec sa grande abondance de plasmodies se rapproche du chancre mou, chancre mixte probable ».

Il n'a pas été fait d'imprégnation à l'argent en raison de la très petite taille de la biopsie.

On recherchera le bacille de Ducrey sur les coupes.

Le 7 février : on commence, en plus du traitement arseno-bismuthique, des injections à doses progressives d'anthiomaline puisque la réaction de Frei avait été très positive.

Le 14 février : l'adénopathie inguinale s'est nettement améliorée et présente une fistule siégeant à la partie externe du groupe inguinal.

La lésion de la verge est maintenant cicatrisée et sauf un œdème du prépuce qui persiste, on ne trouve à l'heure actuelle qu'une zone érythémateuse avec une cicatrice centrale.

Le 12 mars : le malade sort du service; la lésion préputiale est tout à fait cicatrisée, mais le prépuce est encore induré et donne le signe du volet quand on décolotte la verge.

Le malade revu le 27 et le 30 mars, va bien. Il persiste seulement quelques ganglions petits, peu adhérents, non douloureux. La fistule est fermée.

CONCLUSIONS

1° Plus rare dans la lymphogranulomatose inguinale subaiguë que dans l'infection syphilitique ou chancrelleuse, le chancre constitue cependant assez fréquemment la porte d'entrée de la maladie de Nicolas-Favre.

2° Sur 73 cas, nous avons trouvé 39 fois la présence d'un chancre génital. Le pourcentage de ce dernier a donc été de 53,4 pour 100.

3° En classant les chancres d'après l'aspect objectif de chacun d'eux, nous les répartissons avec la fréquence suivante :

Type herpétiforme.....	24 cas
Type syphiloïde.....	4 cas
Type chancrelliforme...	2 cas
Type nodulaire.....	4 cas
Type étalé.....	1 cas

4° Le chancre lymphogranulomateux est polymorphe. Il peut simuler l'herpès, la syphilis ou le chancre mou.

5° Il est exceptionnel chez la femme. Le plus souvent il est unique.

6° La durée d'incubation est difficile à préciser. Elle va de quelques jours à deux ou trois mois.

7° La durée du chancre, sauf dans un cas exceptionnel, est en rapport avec le degré d'infiltration de la lésion.

8° La localisation extragénitale du chancre est certaine, mais rare.

9° L'association du chancre lymphogranulomateux avec le chancre syphilitique ou le chancre mou est possible.

10° Les examens de laboratoire tiennent une place capitale pour le Diagnostic, notamment l'intradermo-réaction de Frei qui, dans les cas positifs, n'indique cependant que le malade est ou a été atteint de maladie de Nicolas-Favre.

Mais la constatation d'un chancre chez les malades porteurs d'un bubon poradénique dont les signes sont si caractéristiques, impose la recherche de la nature lymphogranulomateuse de ce chancre.

11° Dans les cas rares où l'on voit un chancre avant le développement de son bubon, ou bien lorsque, contrairement à la règle, la maladie de Nicolas-Favre consiste en un chancre sans bubon, le diagnostic clinique est très difficile. Il est cependant possible grâce aux méthodes de laboratoire et aux réactions biologiques.

Vu : le Doyen de la Faculté,
G. ROUSSY

Vu : le Président de thèse,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANWYL-DAVIES, KING et FINDLAY. — Lymphogranulome inguinal avec observation des lésions primaires. *The Lancet*, n° 5736, 5 août 1933.
- BARY. — Le chancre poradénique. *Société de Dermatologie*, 2 avril 1925.
- BARY. — Lymphogranulomatose. *Monde Médical*, 1926, n° 662, p. 246.
- BORY (Louis). — Le chancre lymphogranulomateux. *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 9, 1921.
- BORY (Louis). — Chancre et Bubon poradénique. *Article original du Grand Traité de Médecine*. (Fascicule V, tome I, 2° édition, Masson, 1925).
- BORY (Louis). — Sur un cas de maladie de Nicolas-Favre. (Micro-chancre et bubon poradéniques). *Progrès Médical*, 25 janvier 1930, n° 4, page 168.
- CHEVALLIER et J. BERNARD. — Le diagnostic de la poradénite inguinale. Maladie de Nicolas-Favre ou lymphogranulomatose inguinale subaiguë. *L'Hôpital*, mai 1933. (A), n° 334.
- CHEVALLIER, MORICARD et ELY. — Maladie de Nicolas-Favre conjugale avec aspect typique de la maladie chez la femme. *Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 1, janvier 1932.

- CHEVALLIER (P). — La maladie de Nicolas-Favre. *Revue Médicale Universelle*, mai 1930.
- CHEVALLIER et J. BERNARD. — La maladie de Nicolas-Favre. Lymphogranulomatose inguinale subaiguë. *Concours Médical*, n° 14, 5 avril 1931, p. 1106.
- CHEVALLIER et J. BERNARD. — La maladie de Nicolas-Favre. Lymphogranulomatose inguinale subaiguë. *Revue de Médecine*, Paris, décembre 1930.
- CHEVALLIER et J. BERNARD. — Ulcération vulvaire, adénopathie inguinale, érythème noueux avec éléments pustuleux, réaction de Frei positive. *Bulletin de la Société de Dermatologie et Syphiligraphie*, n° 69, juin 1932, p. 760.
- CURTH. — Contribution à l'étude de la lymphogranulomatose inguinale. *Medizinische Klinik*, n° 32, 7 août 1931.
- DURAND, NICOLAS et FAVRE. — La lymphogranulomatose inguinale subaiguë. *Société Médicale des Hôpitaux*, février 1913.
- DUWE. — La quatrième maladie vénérienne. *Le Scalpel*, n° 50, 16 décembre 1933.
- J. GATÉ. — (Thèse de Lyon, 1913):
- J. GATÉ, P. MICHEL et H. MOREL. — Association de bubon chancrelleux et de maladie de Nicolas-Favre conjugale. *Bulletin de la Société de Dermatologie et Syphiligraphie* (Lyon). Séance du 28 janvier 1932, n° 3, 10 mars 1932, p. 355.
- J. GATÉ, P. CUILLERET et G. PERRET. — Bubon inguinal mixte chancrelleux et lymphogranulomateux. Intra-dermo-réaction positive aux deux antigènes. *Bulle-*

tin de la Société de Dermatologie et Syphiligraphie (Lyon). Séance du 28 janvier 1932, n° 3, 10 mars 1932, p. 361.

HELLERSTROM et E. WASSEN. — *VII^e Congrès international de Dermatologie et Syphiligraphie*, 5-9 août 1930, à Copenhague.

HELLERSTROM. — Differential diagnosis of inguinal lymphogranulomatosis and other forms of bubo. *Acta. Path. et Microb. Scandinav. Syp.*, 5; p. 77, 81, 1930.

HELLERSTROM. — La lymphogranulomatose inguinale. *Annales des maladies vénériennes*, n° 12, décembre 1929.

LÉVY, FRANCKEL et TEMERSON. — Maladie de Nicolas-Favre, avec abcès fistuleux de la verge. *Société de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1934.

LOTIRON. — L'infection mixte syphilo-lymphogranulomateuse. *Thèse de Paris*, 1933, Jouve et Cie, éditeur.

J. NICOLAS, F. LEBEUF et J. CHARPY. — Association de chancelle et de lymphogranulomatose. Psoïtis au cours de l'évolution du bubon. *Bulletin de la Société de Dermatologie et Syphiligraphie* (Lyon), mars, 1932.

S. NICOLAU et BANCUI. — Contribution à l'étude de la lymphogranulomatose inguinale. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 4, avril 1932, p. 332.

S. NICOLAU et BANCUI. — Lymphite suppurée de la verge accompagnée de bubon lymphogranulomateux. *Annales des maladies vénériennes*, n° 8, juillet 1932, p. 606.

PHYLACTOS. — *Thèse de Lyon*, 1922.

SCHULMANN. — La maladie de Nicolas-Favre chez la femme. *Bulletin de la Société de Dermatologie et Syphiligraphie*, janvier 1933.

SÉZARY et LENÈGRE. — Infection mixte syphilo-lymphogranulomateuse. *Bulletin de la Société de Dermatologie et Syphiligraphie*, n° 7, juillet 1932.

SÉZARY et BOLGERT. — Type chancrelliforme du chancre lymphogranulomateux. *Bulletin de la Société de Dermatologie et Syphiligraphie*, avril 1935.

SÉZARY et FACQUET. — Type folliculaire du chancre lymphogranulomateux. *Bulletin de la Société de Dermatologie et Syphiligraphie*, janvier 1934.

SÉZARY et LENÈGRE. — Le diagnostic de la maladie de Nicolas-Favre et l'intradermo-réaction de Frei. *Presse Médicale*, n° 100, 14 décembre 1932, p. 1893.

SÉZARY et LENÈGRE. — Type syphiloïde du chancre lymphogranulomateux. *Bulletin de la Société de Dermatologie et Syphiligraphie*, septembre 1933.

SÉZARY et LENÈGRE. — Type chancrelliforme du chancre lymphogranulomateux. *Bulletin de la Société de Dermatologie et Syphiligraphie*, novembre 1933.

SÉZARY et DRAIN. — La fréquence et les formes cliniques du chancre lymphogranulomateux. Maladie de Nicolas-Favre. *Bulletin de la Société de Dermatologie et Syphiligraphie*, juin 1935.

SÉZARY et JOSEPH. — Chancre lymphogranulomateux sans bubon. *Bulletin de la Société de Dermatologie et Syphiligraphie*, mars 1935.

SÉZARY. — Le chancre lymphogranulomateux. *Presse Médicale*, 2 octobre 1935.

